

供 覧	常 務	事 務 長	課 長	担 当

高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号		事 業 所 名					
	療 養 を 受 け た 者	氏 名		生 年 月 日			被 保 険 者 と の 続 柄	
				年 月 日				
	療 養 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 か ら 令 和 年 月 日 ま で (日 間)						
	上 記 期 間 に 受 け た 療 養 に つ い て 請 求 を 受 け た (支 払 っ た) 額				円			
	高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申し込みます。 年 月 日 住 所 被 保 険 者 氏 名 印 T E L () - 静岡県自動車販売健康保険組合理事長 様							
	振込希望 金融機関	銀行 支店	種 別	普通 当座	番 号			名 義
事 業 主 証 明 欄	上 記 の 者 は 当 事 業 所 に 勤 務 し て お り 、 高 額 医 療 費 資 金 の 借 用 を 希 望 し て い る 者 で あ る こ と を 証 明 し ま す 。 年 月 日 所 在 地 名 称 代 表 者 氏 名 印							