供覧	常務	事務長	課長	担当

高額医療費資金貸付申込書

<table>
<tr><td rowspan="7">被保険者記入欄</td><td>被保険者証
記号・番号</td><td></td><td>事業所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">療養を受けた者</td><td>氏名</td><td colspan="2">生年月日</td><td>被保険者
との続柄</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>療養を受けた期間</td><td colspan="4">令和　年　月　日から令和　年　月　日まで（　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="5">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。
令和　年　月　日

住所
被保険者 氏名　印
ＴＥＬ（　）　－

静岡県自動車販売健康保険組合理事長　様</td></tr>
<tr><td colspan="5">振込希望金融機関　銀行　支店　種別　普通　当座　番号　名義　カナ</td></tr>
<tr><td>事業主証明欄</td><td colspan="5">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。
令和　年　月　日
所在地
名称
代表者氏名　印</td></tr>
</table>