

在宅療養支援資金借入申込書

クラシエ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり借入申込みます。 令和 年 月 日

申 込 者 記 入 欄	所 属 事 業 所				入 社 年 月 日		年 月 日	
	被保険者番号	氏名		印	生 年 月 日		年 月 日	
	住 所				標準報酬月額		円	
	借 入 申 込 額		円		借入希望月日		令和 年 月末日	
	貸付実行時の 予 定 保 証 人		(申込者との関係)	(氏名)	(住所)			
	在 宅 療 養 を す る 人 の		氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄			
			生 年 月 日	年 月 日	性 別		男・女	
			傷 病 名					
			在 宅 療 養 場 所 (住 所)					
			被保険者の住所と異なる場合はその具体的場所					
	環 境 整 備 事 項							
	費 用 の 内 訳			円		円		
				円		円		
			円	合 計	円			
事 業 所 証 明 欄	上 記 に つ き 1. 在宅療養支援資金貸付規程に基づく借入申込条件に適合している事を証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所名 事業所長 印							
	貸付金受取方法		銀 行	支 店	口座番号	口座種類	口座 NO	
						当・普		
査 定 決 定 令和 年 月 日								
審査委員長	貸付適合	貸付NO	貸 付 金 額	貸付年月日	返 済 期 限	返 済 月 額	備 考	
	適・否		円	年 月 日	自 年 月 至 年 月	円		