

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 情報	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)				
	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	
	適・否		円	年月日	自 年 月 至 年 月	
					円	