（様式第１号）

公益財団法人　労災保険情報センター理事長　殿

（お申込日）

平成　　年　　月　　日

労災診療援護貸付金貸付契約申込書

労災診療援護貸付金貸付に係る契約について、配布された労災診療援護貸付金貸付規程の各条項を了承の上、下記の関係書類を添えて契約を申し込みます。

SAMPLE

１．労災指定医番号

２．振込み金融機関名

３．振込み店舗名

４．金融機関コード　　金融機関　　支店

５．預金の種別　　１．普通　　２．当座

６．振込みの口座番号

フリガナ

７．口座名義人

８．労災指定医療機関指定年月日　平成　　年　　月　　日

（関係書類）　診療費代理受領委任状

診療費代理受領委任通知書

労災診療援護貸付金貸付のための依頼書

郵便番号

住所

電話番号

（フリガナ）

病院又は診療所名

（フリガナ）

代表者の氏名　　㊞

（支援様式第１号）

公益財団法人　労災保険情報センター理事長　殿

（お申込日）

平成　　年　　月　　日

労災診療補償保険支援契約申込書
（労災診療補償保険普通保険・□互助）

労災診療補償保険支援に係る契約について、労災診療補償保険支援事業規程及び労災診療補償保険普通保険約款の各条項を了承の上、契約を申し込みます。

また、重要事項説明書（契約概要・注意喚起情報）及び個人情報の取扱いについてもその記載内容について承諾・同意します。

SAMPLE

１．労災指定医番号

２．振込み金融機関名

３．振込み店舗名

４．金融機関コード　　金融機関　　支店

５．預金の種別　　１．普通　　２．当座

６．振込みの口座番号

フリガナ

７．口座名義人

８．労災指定医療機関指定年月日　平成　　年　　月　　日

９．費用　1,800円（初診の労災診療１件につき）

（内訳：補償保険料 1,439円　互助費用 361円 ）

郵便番号

住所

電話番号

（フリガナ）

病院又は診療所名

（フリガナ）

代表者の氏名

申込印
「規程」「約款」「契約概要」「注意喚起情報」受領兼承諾印及び「個人情報の取扱い」同意印 印

＊本契約に関する個人情報を、保険引受けの判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供を行うために利用するほか、本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、コーディネーター、支払いに関する関係先、金融機関等に対して個人情報の利用・提供を行うことがあります。

＊互助契約を申し込まない場合は□に×印をいれてください。その場合「9.費用」は補償保険料のみとなります。

（ご契約者様控）

（支援様式第１号）

公益財団法人　労災保険情報センター理事長　殿

（お申込日）

平成　　年　　月　　日

労災診療補償保険支援契約申込書
（労災診療補償保険普通保険・□互助）

労災診療補償保険支援に係る契約について、労災診療補償保険支援事業規程及び労災診療補償保険普通保険約款の各条項を了承の上、契約を申し込みます。

また、重要事項説明書（契約概要・注意喚起情報）及び個人情報の取扱いについてもその記載内容について承諾・同意します。

SAMPLE

１．労災指定医番号

２．振込み金融機関名

３．振込み店舗名

４．金融機関コード　　金融機関　　支店

５．預金の種別　　１．普通　２．当座

６．振込みの口座番号

フリガナ

７．口座名義人

８．労災指定医療機関指定年月日　平成　　年　　月　　日

９．費用　1,800円（初診の労災診療１件につき）

（内訳：補償保険料 1,439円　互助費用 361円 ）

郵便番号

住所

電話番号

（フリガナ）

病院又は診療所名

（フリガナ）

代表者の氏名

申込印
「規程」「約款」「契約概要」「注意喚起情報」受領兼承諾印及び「個人情報の取扱い」同意印 印

＊本契約に関する個人情報を、保険引受けの判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供を行うために利用するほか、本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、コーディネーター、支払いに関する関係先、金融機関等に対して個人情報の利用・提供を行うことがあります。

＊互助契約を申し込まない場合は□に×印をいれてください。その場合「9.費用」は補償保険料のみとなります。