삼성생명 컨설턴트/임직원/회사가 지원하는



성 명

환아 의료비 지원사업 신청서

사번/컨설턴트코드

1. 추천인(삼성생명 임직원/컨설턴트)

	추천인 구분		□ 임직원	□ 컨설	보턴트						
	연락처(핸드폰)				이메일						
	소속 팀/지역단					소속	부서/지경	젉			
	추천인 소 (지원 필요		* 환아와의 관	· 계/ 질병/	가정 경제	등에 대한	종합적 상)황,	지원 필요내용 等	기 자	H
2.지원대상자(환아)											
	이 름			성별	남/여	생년월일		(Ę	<u>i</u> }	세)	
	주 소					보호자	이				
							연락기	₹			
	진단명	* 현재질병, 진단명 기재(복수의 진단명 기재 가능)									
		*4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환), 화상, 기타									
	지원 신청금액		<u> </u>	<u>]</u> □ 입 □ 약] 수술비] 보장구			외래치료비 통원 교통비		
	의료적 상황	* 현기	재 상태								
		* 치료 계획									
	7) Z 17)	* 7]-	족사 항								
	가족 및 경제적 상황	* 4	투수준								

*내용을 구체적으로 작성해주세요. 대상자(보호자)와 상담 시 용이합니다

추천일 : 년 월 일

추천인 : (서명/인)