삼성생명 컨설턴트/임직원/회사가 지원하는

 **환아 의료비 지원사업 신청서**

1. **추천인(삼성생명 임직원/컨설턴트)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **성 명** |  | **사번/컨설턴트코드** |  |
| **추천인 구분** | **□ 임직원 □ 컨설턴트** | | |
| **연락처(핸드폰)** |  | **이메일** |  |
| **소속 팀/지역단** |  | **소속 부서/지점** |  |
| **추천인 소견**  **(지원 필요성)** | \* 환아와의 관계/ 질병/가정 경제 등에 대한 종합적 상황, 지원 필요내용 等 기재 | | |

1. **지원대상자(환아)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **이 름** |  | **성별** | **남/여** | **생년월일** | | **(만 세)** |
| **주 소** |  | | | **보호자** | **이 름** |  |
| **연락처** |  |
| **진단명** | \* 현재질병, 진단명 기재(복수의 진단명 기재 가능)  \*4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환), 화상, 기타 | | | | | |
| **지원**  **신청금액** | **원** | □ 입원비 □ 수술비 □ 외래치료비  □ 약제비 □ 보장구 구입비 □ 통원 교통비 | | | | |
| **의료적**  **상황** | \* 현재 상태  \* 치료 계획 | | | | | |
| **가족 및**  **경제적**  **상황** | \* 가족사항  \* 소득수준 | | | | | |

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

**추천일 : 년 월 일**

**추천인 : (서명/인)**