

様式第1号(4)

* 決 定	課長	課長補佐	係長	係員	決定日	年 月 日		
					貸付番号			
貸付決定額	金	百万	千	0 0 0	円	貸付年月日 年 月 日		
伺 摘 要						* 共 済 組 合 受 付		
高額医療貸付申込書 (第○回)								
所属所名	○○○○							
所属所コード	組員番号	フリガナ	キョウサイ タロウ			所属課	○○課	
○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	氏名	共済 太郎			職名	○○○○	
申込金額	金	百万	千	0 0 0	円	生年月日 昭和○○年○○月○○日 (○○才)		
資格取得年月日	平成○○年○○月○○日 (○○年○○月)					貸 付 限 度 額		
療養者名	共済 花子						1ヶ月分の医療機関への支払額(請求額) A	,○○○,○○○円
生年月日	昭和○○年○○月○○日生	組員との続柄	妻				保険適用外の額 B	, , 0円
医療機関名	○○○○総合病院						高額医療費の自己負担限度額 C	, ○○,○○○円
診療期間	平成○○年○○月分 ○○月 ○日から ○○月 ○日まで						貸付限度額 A-B-C	,○○○,○○○円
茨城県市町村職員共済組合組員貸付規則に基づき、上記貸付金を借り受けたいので申し込みます。 平成○○年○○月○○日 申込者 住所 水戸市笠原町978-26 氏名 共済 太郎 共済 茨城県市町村職員共済組合理事長 様								
調査の結果、上記の申し込みは事実に相違ないことを証明します。 平成○○年○○月○○日 所属所長 ○○ ○○ 公印								

- 注) *欄は、記入しないでください。
- 注) 申込者の氏名は自署とし、印鑑は印鑑登録証明書と同一のものを使用してください。
- 注) 申込金額は、医療機関に支払った金額又は請求のあった金額から、差額ベッド等の保険適用外の額と自己負担限度額を控除し、1,000円未満を切り捨てた額です。
- 注) この申込書には、医療機関の発行する領収書又は請求書の写しを添付してください。

印鑑登録証明書は2回目以降は省略可