

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							
定	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	組合員番号		フリガナ								所属課			
			氏 名								職 名			
申込金額	金	百万		千	0	0	0	円	生年月日	年 月 日 (才)				
資格取得年月日	年 月 日 (年 月)								貸 付 限 度 額	1ヶ月分の医療機関への支払額(請求額) A		, , 円		
療養者名										保険適用外の額 B		, , 円		
生年月日	年 月 日生	組合員との続柄								高額医療費の自己負担限度額 C		, , 円		
医療機関名										貸付限度額 A-B-C		, , 円		
診療期間	年 月分 月 日から 月 日まで													
<p>茨城県市町村職員共済組合組合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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申込者 住 所 氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p>														
<p>茨城県市町村職員共済組合貸付規則第8条第4項の規定に基づき、上記貸付申込人に係る貸付事由・借用金額及び給与支給状況等の償還能力を調査し、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>本申込書及び別添の書類を送付しますので、ご査収のうえ、審査願いたい。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 ㊟</p>														

- 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。