

様式第1号(4)

* 決定 伺	決 裁	確 認	係 員				担 当				* 貸付番号		
											* 貸 付 年 月 日	年 月 日	
	貸付決定額		金	百万			千	0	0	0	円	* 共済組合 受付	
	摘 要												
高 額 医 療 貸 付 申 込 書 ( 第 回 )													
所属所名													
所属所番号		組合員番号		フリガナ								所属課	
				氏名								職 名	
申込金額 (頭部に¥を記入 してください。)		百万			千	0	0	0	生年月日	年 月 日 ( 歳 )			
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							
療養者名						保険適用外の額 B							
生年月日	年 月 日生	組 合 員 との続柄				高額医療費の 自己負担額 C							
医療機関名						貸付限度額 A-B-C							
診療期間	年 月分	月 日から	月 日まで										
茨城県市町村職員共済組合組合員貸付規則(規程)に基づき、上記貸付金を借り受けたいので申し込みます。													
年 月 日													
申込者 住所 氏名													
茨城県市町村職員共済組合理事長 様													
所属所長の 証明欄	茨城県市町村職員共済組合組合員貸付規則第8条第5項の規定に基づき、上記の記載事項及び関係書類を確認した結果、上記申し込みは事実に相違なく、適正なものであることを認めます。												
年 月 日													
所属所長													

注) \* 欄は記入しないでください。

注) 申込者の氏名は必ず自署してください。

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額を控除し、1,000円未満を切り捨てた額です。

注) この申告書には、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。