

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 〇 〇 回 )													
所属所名		〇〇〇市役所											
所属所番号		組合員番号		フリガナ		キョウサイ タロウ				所属課		〇〇課	
〇 〇 〇		〇 〇 〇 〇 〇		氏名		共済 太郎				職 名		〇〇〇〇	
申込金額 (頭部に¥を記入 してください。)		¥	〇	〇	〇	千	〇	〇	〇	生年月日			〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
資格取得 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇年〇〇月)											
療養者名		共済 花子											
生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日生		組 合 員 との続柄		妻							
医療機関名		〇〇〇総合病院											
診療期間		〇〇年 〇〇月分		〇〇月 〇〇日から		〇〇月 〇〇日まで							
						貸 付 限 度 額		1ヶ月分の医療機関へ の支払額(請求額) A		〇, 〇〇〇, 〇〇〇円			
								保険適用外の額 B		〇〇〇, 〇〇〇円			
								高額医療費の 自己負担額 C		〇〇〇, 〇〇〇円			
								貸付限度額 A-B-C		〇, 〇〇〇, 〇〇〇円			
<p>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。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>申込者 住所 水戸市笠原町978-26</p> <p>氏名 共済 太郎</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">氏名は必ず自署してください。</p>													
所属所長の 証明欄		<p>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。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所属所長 〇〇 〇〇</p>											

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。