

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 貸 付 申 込 書 (第 〇 〇 回)									
所属所名	〇〇〇市役所								
所属所コード	組合員証番号	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。)	百万	千	〇 〇 〇	〇 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)					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	
療養者名	共済 花子						保険適用外の額 B	〇〇〇, 〇〇〇円	
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日生	組 合 員 との続柄	妻				高額医療費の 自己負担額 C	〇〇〇, 〇〇〇円	
医療機関名	〇〇〇総合病院						貸付限度額 A-B-C	〇, 〇〇〇, 〇〇〇円	
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								
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。 〇〇年〇〇月〇〇日 申込者 住所 水戸市笠原町978-26 氏名 共済 太郎									
						氏名は必ず自署してください。			
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。 〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 〇〇 〇〇								

- 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、差額ベット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。