

(様式第1号の3)

高額医療貸付申込書				申込年月日		○年 ○月 ○日				
申込金額		1000000円也		借用期間		自 ○年 ○月 ○日 至 ○年 ○月 ○日				
借用事由		医療費が高額で、自己負担額が高額になるため								
		高額医療費の支給の対象となる者の氏名				共済 太郎		続柄 本人		
		医療機関名			愛媛県立○○病院 TEL (○○○)○○○ - ○○○○		病名		○○○病	
		発病年月日			○年 ○月 ○日		主治医の氏名		○○ ○○	
所 属 所		コード番号 100		○○市		申種類 込時及 び借未 償受 け還 額 い る 貸 付 金 の		年 月 日現在		
組合員証 記号番号		100 第 20 号		普通貸付 第 号				円		
フリガナ		キョウサイ タロウ		住宅貸付 第 号				円		
氏 名		共済 太郎		特別貸付 第 号				円		
住 所		松山市三番町○丁目○番○		第 号				円		
資格取得年月日		平成 ○年 ○月 ○日		災害貸付 第 号				円		
給料月額		240,000円		高額医療貸付 第 号				円		
上記のとおり、愛媛県市町村職員共済組合組合員貸付規程を承知のうえ高額医療貸付を受けたく、申込みします。										
申込人氏名				共 済 太 郎		美印				
所属所長の証明		愛媛県市町村職員共済組合組合員貸付規程第9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と相違なく、適正なものであることを認めます。 ○年 ○月 ○日 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 所属所長職氏名 ○○市長 ○○ ○○ 印								
決 定		承 認			不 承 認					
		金 額		貸 付 番 号		(理由)				
		円		第 号						
上記のとおり決定してよろしいか。 年 月 日										
課 長		課長補佐		係 長		係		完 済 号		
								第 号		
						整理欄		借用証書の 返還年月日		
								年 月 日		

(裏面)

(医療機関の請求書又は領収書を貼付して下さい。)