

# 高額医療貸付申込書

奈良県市町村職員共済組合貸付規則に基づき、高額医療貸付金を借受けたいので必要書類を添えて申込みます。

令和 年 月 日

申込人

印

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。

申込金額	万円	該当事由	入院・外来	診療年月	年 月 分
所属(元)市町村名		組合員証 記号番号		—	
資格取得 年 月 日	年 月 日	任継組合員証 記号番号		—	
(フリガナ) 組合員氏名		生 年 月 日		年 月 日	
住 所		任意継続組合員の 者のみTEL記入	(TEL)		
療養を受けた者の (フリガナ) 氏名・続柄	(続柄)	生 年 月 日		年 月 日	
住 所		任意継続組合員の被扶 養者のみTEL記入	(TEL)		
(フリガナ) 医療機関名		医療機関住所 及びTEL	(TEL)		
償 還 方 法	高額医療費が支給された時、当該額より控除する。ただし、高額医療費が支給されても、借受金に残額がある場合は、所属(元)所長を経由して理事長が指定する日までに償還するものとする。				
貸付規則第8条第5 項による所属所長 の 確 認	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。 令和 年 月 日 所属所長				

- (注) 1. ※印は記入しないこと。  
2. 所属所長の意見欄については、任意継続組合員が借受人である場合は、必要がないこと。  
3. 申込金額と貸付金額は異なる場合があるので留意すること。