

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申込人 共済太郎



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	〇〇 万円	該当事由	入院・外来	診療年月	〇年〇月〇分
所属(元)市町村名	□□□市	組合員証号	〇〇〇	—	〇〇〇
資格取得年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	任継組合員証号	—		
(フリガナ) 組合員氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
住 所	〇〇市〇〇1-2-3	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	キョウサイ タロウ 共済 太郎 (続柄) 本人	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
住 所	〇〇市〇〇1-2-3	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	〇〇〇〇〇〇ビョウイン 〇〇〇〇〇〇病院	医療機関住所及びTEL	〇〇市〇〇10-11 (TEL) 〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所属所長 □□□市長 △△ △△				

- (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。