

事務局長	副 参 事	課 長	課長補佐	主 幹	係 長	担 当	総合確認

(様式第1号の4)

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。

年 月 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 金 額	〇 〇 〇 万円	該 当 事 由	入院・外来	診療年月	〇〇 年 〇〇 月
所属(元)市町村名	□ □ □	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	共済 花子 (続柄) 妻	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	〇〇〇〇〇〇〇ピョウイン 〇〇〇〇〇〇〇病院	医 療 機 関 住 所 及 び T E L	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証明	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 □□□長 △△△△ 公印				

※ 決定金額	請求書又は領収書金額	円	※ 貸付期間 自 年 月 日 至 上記償還方法の日まで
	調整額(△)	円	
	控除額(△)	円	
	貸付金額	万円	
※ 決定日	年 月 日		
※ 貸付番号	第 号		

- (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。