

決		裁		
課長	補佐	係長	係	関係職員
貸付番号	高医第	号	貸付年月日	令和 年 月 日

様式第1号の2

高額医療貸付申込書

申込金額	金				0	0	0	円	借入希望 年月日	令和 年 月 日
同上事由 の詳細	(この欄は受診者、受診医療機関、受診年月日等を記載のこと)									
借 受 人	所 属 所 (元所属所)				組合員証 記号番号	—				
	現 住 所									
	フリガナ 氏 名				年 齢	歳				
従前に借受けた高額医療貸付										
高医第	号	円	高医第	号	円					
高医第	号	円	高医第	号	円					
高医第	号	円	高医第	号	円					
医 療 機 関 へ の 支 払	回数	支払年月日	支払額	支払先						
	1									
	2									
	3									
	4									
5										

被 扶 養 者 の 構 成	氏 名	年 齢	借受人との 続 柄	職 業	収 入 月 額
借受人が指定する 金 融 機 関	銀行 金庫	本店 支店	口座番号(借受人名義のもの) 普 当		
<p>静岡県市町村職員共済組合貸付規則及び同施行細則を了承し、上記の金額の貸付を申し込みます。</p> <p style="text-align: center;">静岡県市町村職員共済組合 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">借 受 人 ⑩</p> <p style="text-align: center;">※借受人自ら署名する場合は、押印は不要です。</p>					
<p>上記申し込みは、事実と相違なく、かつ借受人は貸付規則及び同施行細則に違反するものでないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 長</p>					

※ 注意事項

- この申込書には、保険医療機関等が発行する請求書又は領収書(受診者、診療費用明細等の判明できるもの)を添付して下さい。
- 任意継続組合員は所属所長の確認は必要ありません。