

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	〇	〇	〇	〇	〇	円	借入希望年月日	令和 年 月 日
同上事由の詳細	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。								
(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)	〇〇市			組合員等記号・番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	現住所	〇〇市〇〇町1-1							
	フリガナ氏名	シズオカ タロウ			氏名	静岡 太郎		年齢	〇〇 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇、〇〇〇円	〇〇医院					
	2	令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇、〇〇〇円	〇〇医院					
	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
	静岡 花子	49	妻	会社員	340,000円
	誠	25	長男	〃	220,000円
	愛	21	長女	学生	
借受人が指定する金融機関	〇 〇	銀行	本店	口座番号(借受人名義のもの)	〇〇〇〇〇〇
		金庫	〇 〇	支店	普 〇〇〇〇〇〇
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。					
静岡県市町村職員共済組合 様					
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
借受人 静岡 太郎					
※借受人自ら署名する場合は、押印は不要です。					
自署する場合は押印不要 印					
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。					
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
所属所長 〇〇市長 〇 〇 〇 〇					

※ 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。