

(様式第1号の3)

高額医療貸付申込書				申込年月日		平成 ○年 ○月 ○日			
申込金額		1000000円也		借用期間		自平成 ○年 ○月 ○日 至平成 ○年 ○月 ○日			
借用事由				医療費が高額で、自己負担額が高額になるため					
				高額医療費の支給の対象となる者の氏名		共済 太郎		続柄 本人	
				医療機関名		愛媛県立○○病院 TEL (○○○) ○○○ - ○○○○		病名 ○○○病	
				発病年月日		平成 ○年 ○月 ○日		主治医の氏名 ○○ ○○	
所属所		○○市		申種 込類 時及 び 借未 償受 け還 て額 い る 貸付 金の の		平成 年 月 日現在			
組合員証号		100 第 20 号				普通貸付 第 号 円			
フリガナ		キョウサイ タロウ				住宅貸付 第 号 円			
氏名		共済 太郎				特別貸付 第 号 円			
住所		松山市三番町○丁目○番○				第 号 円			
資格取得年月日		昭和 ○年 ○月 ○日 平成 ○年 ○月 ○日				災害貸付 第 号 円			
給料月額		240,000円				高額医療貸付 第 号 円			
上記のとおり、愛媛県市町村職員共済組合組合員貸付規程を承知のうえ高額医療貸付を受けたく、申込みします。									
申込人氏名				共済 太郎		美印			
所属所長の意見		愛媛県市町村職員共済組合組合員貸付規程第9条第4項の規定に基づき、上記貸付申込人に係る貸付事由・借用金額及び給与支給状況等の償還能力を調査し、事実と相違ないものと認めます。本申込書及び別添の書類を送付しますので、ご査収のうえ、審査願いたい。 平成 ○年 ○月 ○日 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 所属所長職氏名 ○○市長 ○○ ○○ 印							
決定		承認			不承認				
		金額 円		貸付番号 第 号		(理由)			
上記のとおり決定してよろしいか。平成 年 月 日									
課長		課長補佐		係長		係			
				整理欄		完済番号 第 号			
						借用証書の返還年月日 年 月 日			

(裏面)

(医療機関の請求書又は領収書を貼付して下さい。)