

| | | | |
|------|----|---|---|
| 事務局長 | 課長 | 課 | 員 |
| | | | |

| | | |
|------|---|---|
| 貸付番号 | 第 | 号 |
|------|---|---|

高 額 医 療 貸 付 申 込 書

| | | | |
|---------------|--|-----|--------------|
| 申 込 金 額 | 金 | 円 | |
| 借 用 事 由 | | | |
| 医 療 機 関 名 | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | | 続柄 | |
| 償 還 方 法 | 高額療養費が支給されたとき。ただし、高額療養費が支給されても借入金に残額がある場合は、理事長が指定する日までに償還する。 | | |
| 申 込 人 | 所属所名 | | |
| | 現住所 | | |
| | ふりがな | | |
| | 職名・氏名 | | |
| | 組合員等記号・番号 | — | |
| 受 取 金 融 機 関 | 原則として届出の受取口座に送金しますが、届出口座以外の本人名義口座に送金を希望するときは記載してください。この場合、以後の共済組合からの送金がこの口座に振込まれることがあります。 | | |
| | 金融機関名 | 支店名 | 普通預金口座番号 No. |
| (金融機関コード) | | | |
| 申 込 人 の 署 名 | 香川縣市町村職員共済組合組合員貸付規程に基づき、貸付けを受けたく申し込みいたします。 令和 年 月 日 申込人氏名 印 ※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。 | | |
| 所 属 所 長 の 確 認 | 香川縣市町村職員共済組合組合員貸付規程第8条第5項の規定に基づき、上記の記載事項及び関係書類に不備がないことを確認しました。 香川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名 | | |
| 決 定 | 承 認 | | 通 知 |
| | 金額 | 円 | 令和 年 月 日 |
| 令和 年 月 日 | (理由) | | |

(注) 医療機関の発行する請求書又は領収書を添付すること。