

課長	課長補佐	主幹	係長	係

高額医療貸付申込書

様式第1号の2

組合員証 記号番号	記号		番号					氏名				
資格取得	昭和 平成	年	月	日	生年月日	昭和 平成	年	月	日	男・女		
住所												
療	フリガナ				生年月日	明大 昭平	年	月	日	男・女	コード*	
	氏名				生年月日	明大 昭平	年	月	日	男・女	続柄	
者	フリガナ				生年月日	明大 昭平	年	月	日	男・女	コード*	
	氏名				生年月日	明大 昭平	年	月	日	男・女	続柄	
養	医療機関名及び住所	TEL	診	療	内	保険適用額			円			
						一部負担金			円			
						計			円			
高額療養期間	入院 外来	年	月	日～	日	日間	訳	保険適用外			円	
貸付申込額												000円
上記のとおり群馬県市町村職員共済組合貸付規則に基づいて資金を借り受けたいので申込みます。 群馬県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 申込者 ⑩												
上記の申込内容について調査した結果、事実と相違なく、償還能力及び信用は確実なるものであることを認めます。 平成 年 月 日 所属所長 ⑩												

- (注) 1. *印欄は記入しないでください。
2. 高額療養期間欄は、1ヵ月以内を単位とし記入してください。
3. 添付していただく請求書又は領収書は、必ず保険診療費の明細が明記されているものに限りま

担当者氏名

⑩

捨印



⑩

⑩