

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	1	2	3	番号	1	2	3	4	5	氏名	共済太郎								
資格取得	昭和	△△	年	4	月	1	日	生年月日	昭和	△△	年	6	月	1	日	男・女	男			
住所	前橋市元総社町335-8																			
療	フリガナ	キョウサイ タロウ				生年月日	明大	△△	年	6	月	1	日	男・女	コード*	*	続柄	本人		
	氏名	共済太郎				生年月日	昭平	△△	年	6	月	1	日	男・女	コード*	*	続柄	本人		
養	フリガナ					生年月日	明大		年		月		日	男・女	コード*	*	続柄			
	氏名					生年月日	昭平		年		月		日	男・女	コード*	*	続柄			
	医療機関名及び住所	前橋市本町1丁目2-3 本町病院 TEL 027-234-5678				診療	保険適用額	626,920 円				一部負担金	268,680 円				計	895,600 円		
高額療養期間	入院外来	△△年3月3日~31日29日間				内訳	保険適用外	円												

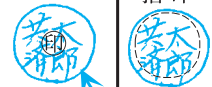
貸付申込額 1,890,000 円

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4月2日

申込者 共済太郎



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确实なるものであることを認めます。

平成△△年4月5日

所属所長

〇△市長
赤城一郎



捨印



借用証書と同一印

- (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

