

課	長	補	佐	主	幹	担	当

高額医療貸付申込書

様式第1号の2

組合員等 記号・番号	記 号	番 号	氏 名				
資格取得	年 月 日		生年月日	年 月 日		男・女	
住 所							
療	フリガナ			生年	年 月 日		コード* 続柄
	氏 名			月日			
養	フリガナ			生年	年 月 日		コード* 続柄
	氏 名			月日			
者	医療機関 名及び住所	TEL			診 療 内 訳	保険適用額	円
	高額療養 期間	入院				一部負担金	円
		年 月 日～ 日 日間				計	円
		外来				保険適用外	円
貸付申込額					0 0 0 円		
<p>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し込みます。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申 込 者 ⑧</p>							
<p>上記の申込内容について確認した結果、上記申し込みは事実と相違なく、適正なものであることを認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長 ⑨</p>							

捨印



(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です。

担当者氏名

⑧