

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	1 2 3	番 号	1 2 3 4 5	氏 名	共 済 太 郎	
資格取得	令和△△年4月1日			生年月日	平成〇〇年〇月〇日	男 ・ 女	
住 所	前橋市元総社町〇〇-〇						
療	フリガナ	キョウサイ タロウ		生年	平成〇〇年〇月〇日		コード*
	氏 名	共 済 太 郎		月日			続柄 本人
養	フリガナ			生年	年 月 日		コード*
	氏 名			月日			続柄
者	医療機 関名及 び住所	前橋市本町〇-〇-〇			診 療 内 訳	保険適用額	626,920 円
		本町総合病院				一部負担金	268,680 円
	TEL 027-000-0000				計	895,600 円	
	高額療 養期 間	入院 外来	令和▽年△月△日~▽日 ▽日間			保険適用外	円
貸付申込額	1 8 2 0 0 0 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し込みます。							
群馬県市町村職員共済組合理事長 様							
令和▽年▽月▽日							
申 込 者 共 済 太 郎							
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。							
令和▽年▽月▽日							
所属所長 □□市長 榛 名 次 郎							

印鑑登録証明書登録印で押印

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 上毛 花子