

1	7	0	1	高額医療貸付申込書																							
所属所名				〇〇市				組 合 員	氏名				共済 太郎														
組合員証号 組記号番号				記号		番号			生年月日				12		13		18		19								
				9 9 9		9 9 9 9						S H		5 0		年 0 7		月 0 1		日		性別 1 (男) 2 (女)					
療養者氏名				共済 良子				療養者氏名																			
生年月日 (続柄)				20		21		26		生年月日 (続柄)				33		34		39									
				S H R		2 4		年 1 2		月 0 7		日 (母)		S H R													
傷病名				狭心症				傷病名																			
診療月				H R		27		30		診療月				H R		40		43									
				〇 〇		年 〇 〇		月		診療分		診療月		H R													
医療機関名				〇〇病院				医療機関名																			
医療に要した費用 (自己負担額)				300,000 円				医療に要した費用 (自己負担額)				円															
申 込 金 額				百		拾		万		千		百		拾		円		(療養者が2名以上の場合) 医療に要した費用の合計額 — 円									
(医療に要した費用 — 87,430 円)				2		1		2		0		0		0		0											
送金先 (組合員が申込する場合は記入の必要ありません)				金融機関名 (カタカナ)		銀行														科目 普通・当座							
						支店																口座番号					
上記のとおり申込みます。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 住所 さいたま市浦和区岸町7-5-14 申込者 氏名 共済 太郎 (印) </div> ※ 申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。																											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 所属所長 〇〇市長 埼玉 一郎 </div>																											
共済組合使用欄		伺		続柄コード				31				32				続柄コード				44				45			
				受付番号				46				52				決定コード				53				54			
				決定額				55				61				貸付弁済金											
				貸付弁済日								年				月				日							
				課長				主幹				主査				係				照合							

「備考」1. この申込書には、保険医療機関等の発行する請求書又は領収書を添えること。