

1	7	0	1	高額医療貸付申込書															
所属所名				組合員証号				氏名				生年月日				性別			
				記号 4 6 7 11								SH		18		19			
												年		月		日			
療養者氏名				療養者氏名				生年月日				SH		年		月		日	
												SH		年		月		日	
傷病名				傷病名				診療月				HR		年		月		診療分	
												HR		年		月		診療分	
医療機関名				医療機関名				医療に要した費用				円		医療に要した費用				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											
(医療に要した費用)				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					
<p>上記のとおり申込みます。</p> <p>埼玉県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申込者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">※ 申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。</p>																			
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p>																			
共済組合使用欄		伺		続柄コード				続柄コード				受付番号				決定コード			
				31				32				44				45			
				46				52				53				54			
				55				61				貸付弁済金				貸付弁済日			
課長		主幹		主査		係		照合		年		月		日					

「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。