

下記貸付金額のとおり決定 してよいか伺います	事務局長	事務局次長	課長	担当 マネージャー	課員
	年 月 日決定				
貸付番号					

高額医療貸付申込書

貸付申込金額	百万	千	0 0 0 円	組合員氏名	
所 属 所 名			組合員等記号番号		資格取得年月日
			-		昭和 平成 令和 年 月 日
療養者氏名	年 月 日	療養者氏名	年 月 日	療養者氏名	年 月 日
生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日
性 別	男 ・ 女	性 別	男 ・ 女	性 別	男 ・ 女
続 柄		続 柄		続 柄	
傷 病 名		傷 病 名		傷 病 名	
医療機関名		医療機関名		医療機関名	
初診年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日
療養期間	年 月～年 月	療養期間	年 月～年 月	療養期間	年 月～年 月
療養に要した費用	円	療養に要した費用	円	療養に要した費用	円
青森県市町村職員共済組合貸付規則に基づき貸付けを受けたく申込みいたします。 令和 年 月 日 申込人 住所 氏名 印 (※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。)					
上記の申し込みは事実に相違なく、適正なものであることを認めます。 令和 年 月 日 青森県市町村職員共済組合理事長 様 所属所長					
(審 査)					
.....					
承 認			不 承 認		
貸付金額			(理由)		
千円					

(注) 1 この申込書には医療機関からの請求書又は領収書を添付してください。
 2 審査欄は記入しないでください。