

組合員・任継組合員	所属コード	
	職員番号	

## 高額医療貸付申込書

申込金額	千円	※決定金額	千円
療養を受けた者			
氏名	続柄	氏名	続柄
保険医療機関等			
所在地		所在地	
名称		名称	
TEL		TEL	
受取金融機関	銀行	支店	(口座番号) 号
公立学校共済組合貸付規程に基づいて、上記の金額を借り受けたいので申し込みます。  令和 年 月 日  公立学校共済組合 石川 支部長 殿			
申込人	組合員 又は 任継続組合員	所属所名	(Tel)
		組合員証又は任意継続組合員証記号番号	
	組合員又は任意継続組合員資格取得年月日		年 月 日
	現住所	〒 (Tel)	
職名	フリガナ	満 歳	印
	氏名		
上記の記載は、事実と相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  所属所名 _____  所属所長名 _____ 印			

- 注意 (1) ※印の欄は、記入しないこと。  
 (2) 所属所長の印章は、公印とすること。(任意継続組合員は、この欄は必要としない。)  
 (3) 申込人は、自書すること。

審 査	貸 付	受 付

※高額療養費相当額の算定等

保 険 医 療 機 関 等 の  
請 求 ( 領 収 ) 金 額

控 除 額

高 額 療 養 費 相 当 額

$$\left[ \begin{array}{c} \text{円} \\ \text{ } \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{c} \text{円} \\ \text{ } \end{array} \right] = \left[ \begin{array}{c} \text{円} \\ \text{ } \end{array} \right]$$

組合員・任継組合員	所属コード	
	職員番号	

貸付決定番号 第 号 証書番号 番号第 号

### 高額医療・出産 貸付借用証書

(○で囲む)

金	百万	拾万	万	千	百	拾	円
					0	0	0

公立学校共済組合貸付規程の定めを承知の上、上記の金額を下記の条件により借用しました。

#### 記

- 1 無利息とします。
- 2 貸付金は、高額医療貸付けにあつては高額療養費、出産貸付けにあつては出産費又は家族出産費からの控除をもって償還するものとします。
- 3 上記2による控除後もなお貸付金に残金がある場合は、これらの給付金に係る附加給付又は一部負担金の額の払戻しをもって償還するものとし、なお残金がある場合には支部長の定めるところにより償還するものとします。
- 4 この貸付けについて公正証書を作成する必要があるときは、いかなる場合でもその要求に応じていただきます。
- 5 この貸付けについて訴訟が生じたときは、借受人の現住所のいかににかかわらず、支部の所在地の裁判所をその管轄とします。

※令和 年 月 日

公立学校共済組合 石川 支部長 殿

借 受 人	組 合 員 又は 任意継続組合員	所 属 所 名	(TEL)
		組 合 員 証 又 は 任 意 継 続 組 合 員 証 記 号 番 号	
	現 住 所	〒	(TEL)
	職 名	フリガナ	
	氏 名		印

- 注意 (1) ※印の欄は記入しないこと。  
 (2) 申込人は、自書すること。