

※ 貸付決定番号	
組合員	所属コード
任継組合員	組合員番号

高額医療貸付申込書

申込金額	円	※ 決定金額	
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	
T E L		T E L	
受取金融機関	銀行 支店(口座番号)		
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			
公立学校共済組合岩手支部長様			
申込人	組合員 又は 任意継続組合員	所属所名	電話番号
	組合員又は任意継続組合員記号番号	公立岩	
	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	〒	電話番号
	職名	フリガナ	満歳
		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			
			職印

- (注) 1 ※印の欄は記入しないでください。
 2 高額療養費の支給の対象となる療養を受けた事実を証明する保険医療機関等の請求書又は領収書の写しを添付してください。
 3 所属所長の印章は、公印としてください。(任意継続組合員は、この欄は必要としない。)
 4 申込人は自書してください。

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)金額円
[]控除額
円
[]高額療養費相当額
円
[]