

※申込番号 第

号

組合員・任意継続組合員

所属所コード

職員番号

高額医療貸付申込書

共済事務
担当者印

印

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

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

申
込
人

組合員
又は
任意継続組合員

所属所名
組合員証又は任意継
続組合員証記号番号

(TEL)

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

氏名

氏名

印

満 歳

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。

(4)任意継続組合員は、共済事務担当者印は不要。

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

$$\begin{array}{ccccccc}
 & \text{円} & & \text{円} & & \text{円} & \\
 [& &] & - & [& &] \\
 & & & & & = & [& &]
 \end{array}$$