

※ 支部受付欄

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

※ 太線内は、記入しない。

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
T E L	T E L

貸付資金送金先 (本人名義の口座及び 普通預金口座であること)	金融機関名 <input type="text"/>	支店名 <input type="text"/>	口座番号 <input type="text"/>
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

公立学校共済組合高知支部長 様

申 込 人	組 合 員	所 属 所 名	(印)
	又 は 任意継続組合員	組 合 員 証 又 は 任 意 継 続 組 合 員 証 記 号 番 号	公 立 高 知
	組 合 員 又 は 任 意 継 続 組 合 員 資 格 取 得 年 月 日		(昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和) 年 月 日
	現 住 所	〒 (印)	
職 名	フリガナ		満 歳
	氏 名	(印)	

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) 申込金額は、千円を単位とする。
 - (2) ※印の欄(太線内)は、記入しないこと。
 - (3) 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。)
 - (4) 申込人は、自書すること。(代筆、ゴム印の使用は不可)
 - (5) 記載内容を訂正する場合は、申込印で訂正すること。(重ね書き、修正液による訂正は不可)
 - (6) 「高額医療貸付借証書」及び「貸付事業における個人情報に関する同意書」を併せて提出すること。
 - (7) 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すること。

※ 支部受付欄

組合員・任継組合員	所属所コード	3 3 3 3 3 3
	職員番号	4 5 6 7 8 9

高 額 医 療 貸 付 申 込 書

※ 太線内は、記入しない。

申込金額	① 521 千円	※決定金額	千円
------	----------	-------	----

② 療 養 を 受 け た 者

氏名	続柄	氏名	続柄
福利 太郎	本人		

③ 保 険 医 療 機 関 等

所在地	〇〇市〇〇△番△号	所在地	
名称	〇〇病院	名称	
TEL	088-XXXX-XXXX	TEL	

貸付資金送金先 (本人名義の口座及び 普通預金口座であること)	④	金融機関名	支店名	口座番号
		(○で囲む) ① 銀行 ② 信用金庫 ③ 信用組合 ④ 労働金庫 ⑤ 農協	(○で囲む) 1. 本店 2. 支店 ③ 出張所 4. 代理店	△ △ △ △ △ △ △ △

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。

令和元 年 6 月 7 日

公立学校共済組合高知支部長 様

申 込 人	組合員	所属所名	〇〇市立〇〇小学校 (TEL) 088-XXXX-XXXX	
	又は 任意継続組合員	組合員証又は任意継 続組合員証記号番号	公立高知 1 2 3 4 5 6	
		組合員又は任意継続組合員資格取得年月日	(昭和・平成・令和) 63 年 4 月 1 日	
	現住所	〒780-0850 高知市丸の内1丁目7-52 (TEL)		
職名	フリガナ	フリガナ	満 44 歳	
教諭	氏名	福利 太郎 (印)		

上記の記載は、事実と相違ないことを証明します。

令和元 年 6 月 △ 日

所属所名 〇〇市立〇〇小学校

所属所長名 公立 一郎 (印)

- 注意
- 申込金額は、千円を単位とする。
 - ※印の欄(太線内)は、記入しないこと。
 - 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。)
 - 申込人は、自書すること。(代筆、ゴム印の使用は不可)
 - 記載内容を訂正する場合は、申込印で訂正すること。(重ね書き、修正液による訂正は不可)
 - 「高額医療貸付借用証書」及び「貸付事業における個人情報に関する同意書」を併せて提出すること。
 - 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すること。