

様式第1号(3)

		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)	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">公立学校共済組合 支部長 殿</p>							
申 込 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				
	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
		氏名		印			
<p>上記の記載は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所名 _____</p> <p style="text-align: right;">所属所長名 _____ 印</p>							

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。

様式第1号(3)

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

円 円 円
[] - [] = []