（規程様式第11号）

| 決裁 | 審査 | |
|---|---|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
| | | |

| 受付年月日 | |
|---|---|

| 貸付金額 | 円 |
|---|---|

| 貸付番号 | 令和　　年高医第　　号 | 貸付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|---|---|

# 高額医療貸付申込書

| 申込金額 | 円 |
|---|---|

| 療養を受けた者の氏名（続柄） | | 保険医療機関名 |
|---|---|---|
| （　　） | | |
| （　　） | | |
| （　　） | | |

| 借受人 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 所属所 | | 組合員等記号番号 | ―― |
| | 現住所 | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | ―　　― |

鹿児島県市町村職員共済組合組合員貸付規程に基づき、上記の金額を貸付けていただきたく、関係書類を添えて申し込みます。

令和　　年　　月　　日

フリガナ

借受人氏名　　印

※借受人自ら署名する場合は、押印は不要です。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿

| 所属所長の意見 | 上記の申込みは、事実に相違ないことを確認しました。<br>令和　　年　　月　　日<br>所属所長 |
|---|---|

（注）　1　保険医療機関等の発行する請求書又は領収書を添付すること。
　　2　任意継続組合員の場合は、所属所長の確認は必要ない。
　　3　貸付金は共済組合登録の給付金等振込口座への振込となります。