様式第２号の２（第８条関係）

高 額 医 療 貸 付 申 込 書

申込金額	万円	払込銀行	銀行 支店	口座番号	普通預金口座 No.

組合員・被扶養者	診　療　期　間	自己負担療養費
	月　　日～　　日	円
	月　　日～　　日	円
	月　　日～　　日	円
計		

所属所		住　所	
組合員等 記号番号	―	職　名	
資格取得 年 月 日	年　月　日	フリガナ 氏　名	㊞ ※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。

調査の結果、上記の記載事項に不備がないことを確認しました。

栃木県市町村職員共済組合理事長　　様

年　　月　　日

所属所長

貸　付　決　定　伺

貸 付 決 定 額	円	貸付番号	第　　号
貸 付 年 月 日	年　　月　　日		受　付　印
不 承 認 理 由			
備　　考			

局　長	課　長	総　　務	係