

高額医療貸付申込書

申込金額	100万円	振込銀行	足利銀行 000支店	口座番号	普通預金口座 No. 99999
組合員・被扶養者	診療期間		自己負担療養費		
共済花子	令和00月 00日～ 00日		105万円		
	月 日～ 日		円		
	月 日～ 日		円		
計			105万円		
所属所	000市役所		住所	000市××町10番10号	
組合員等 記号番号	000-00000		職名	主任	
資格取得 年月日	令和00年00月00日		フリガナ 氏名	キョウサイ タロウ 共済太郎 印	
			※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 令和00年 00月 00日 所属所長 000市長 0000					
押印する場合は、実印としてください。					

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