

## 高額医療貸付申込書

申 込 金 額						
申 込 人	組合員証番号		名 前			
	第 号		フリガナ			
フリガナ 療養者名前				療 養 期 間		
				自	年	月
			至	年	月 日	
医療機関又は薬局	名 称		住 所 及 び 電 話 番 号			
			( ) -			
広島県市町村職員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。  年 月 日  名 前 <span style="float: right;">㊟</span> <small>※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。</small>						
上記のことは事実には相違ありません。  広島県市町村職員共済組合理事長 様  年 月 日  職 名 所属所長 名 前						
決 定 の 内 容						
貸付金額				円	貸付番号	
貸付期間	自	年	月	日	第 号	
	至	年	月	日		
受付印	上記のとおり決定してよろしいか。					
	課 長	課長補佐	係 長	主 務	係	備 考

(注) 任意継続組合員の場合、所属所長の証明は必要ありません。  
 (この申込書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)