


* □の中の項目を全て記入してください。

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 日 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、申し込めます。 年 月 日				
			自署の場合は、押印不要です。	
年 月 日 名 前 ※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。				
上記のことは事実と相違ありません。				
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 至 年 月 日	第 号		
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。)