

* 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	組合員等記号・番号	名 前				
		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			
			() -			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">自署の場合は、押印不要です。</div> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">名 前 Ⓜ</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><small>※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。</small></p>						
<p>上記のことは事実相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">名 前</p>						
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。)