

高額医療貸付申込書											
申 込 金 額	金								0 0 0 円	<input type="checkbox"/> 限度額希望	
申 込 理 由	組合員及び被扶養者の高額医療										
組合員証 記号・番号	—			フリガナ							
				氏 名		印					
給料月額	( 級 号 )			現住所		〒					
	円										
上記金額を山口県市町村職員共済組合貸付規程に基づき申し込みます。 <div style="text-align: right;">山口県市町村職員共済組合理事長 様</div> 平成 年 月 日											
所属所長の 意 見	上記のことは事実に相違なく、かつ申込人は信用確実な者であることを証明します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">所属所長 印</div>										
内 容											
高額療養費 該当者氏名					借受人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ( )					
病 名											
病 院 名						診療科	科				
診 療 年 月	平成 年 月分 (入院・外来)										
添 付 書 類	保険医療機関等の発行する請求書又は領収書										
共 済 組 合 使 用 欄	承 認					審 査					
	貸付金額	千円			過去1年間に高額療養費に該当した回数	回 <input type="checkbox"/> 多数該当					
	決 定 日	平成	年	月	日	保険医療機関に支払うべき 金額又は支払った金額 (法第 57条第2項又は第3項の金額)	(A)				円
	貸 付 日	平成	年	月	日	施行令第23条の3の3の額	(B)				円
	貸付番号	第	号			貸付けの対象となる額	(A) - (B)				円
	上記のとおり決定してよろしいか。						不 承 認 (理由)		共済組合受付印		
事務局長	次 長	課 長	係 長	係							

注：申込人の印は、印鑑登録済の印鑑を使用すること。