様式第１号の４

高額医療貸付申込書

申　込　金　額	金					0	0	0	円	□　限度額希望
申　込　理　由	組合員及び被扶養者の高額医療									

組合員等 記号－番号	―	フリガナ	
		氏　　名	
給料月額	円		

山口県市町村職員共済組合貸付規程に基づき貸付けを受けたく申し込みます。

年　　月　　日

申込人氏名　　（実印）

上記のことは事実に相違ありません。

年　　月　　日

山口県市町村職員共済組合理事長　様

所属所長

内　　容			
高額療養費 該当者氏名		借受人との続柄	□本人 □被扶養者（　　）
病　　名			
病　院　名		診療科	科
診療年月	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　　□多数該当
決定日	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項の金額）	（A）　円
貸付日	年　　月　　日	施行令第23条の３の４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。

事務局長	次　長	課　長		

共済組合受付印