

(規程様式第11号)

決裁 課長	審査 係長	査 係	受付 年月日
貸付金額		円	
貸付番号	令和 年高医第 号	貸付年月日	令和 年 月 日

## 高額医療貸付申込書

申込金額		円	
療養を受けた者の氏名(続柄)		保険医療機関名	
( )			
( )			
( )			
借 受 人	所属所	組合員証 記号番号	—
	現住所		
	氏名	電話番号	— —
鹿児島県市町村職員共済組合組合員貸付規程に基づき、上記の金額を貸付けていただきたく、関係書類を添えて申し込みます。			
令和 年 月 日 フリガナ 借受人氏名			
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿			
所属所長 の意見	上記の申込みは、事実に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所属所長		
			印

- (注) 1 保険医療機関等の発行する請求書又は領収書を添付すること。  
2 任意継続組合員の場合は、所属所長の証明は必要ない。  
3 申込書には実印を押印し、印鑑登録証明書を添付すること。  
4 貸付金は共済組合登録の給付金等振込口座への振込となります。