

## 高額医療貸付申込書

申込金額	万円	払込 銀行	銀行 支店	口座 番号	普通預金口座 No.
組合員・被扶養者	診療期間		自己負担療養費		
	月	日～	日	円	
	月	日～	日	円	
	月	日～	日	円	
計					
所属所			住所		
組合員証 記号番号	—		職名		
資格取得 年月日	年	月	日	フリガナ 氏名	⑩
※申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。					
<p style="text-align: center;">調査の結果、上記の記載事項に不備がないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">栃木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;">所属所長</p>					

### 貸付決定伺

貸付決定額	円	貸付番号	第 号
貸付年月日	年	月	日
不承認理由	受付印		
備考			
局長	課長	総務	
		係	