

様式第1号の3

| |
|-----------------------|
| 裏面貸付金額のとおり決定してよいか伺います |
| 年 月 日決定 |
| 決定番号 |

| | | | | | | |
|------|-----------|----|----|-----|--------------|----|
| 事務局長 | 事務局長 次 | 参事 | 課長 | 副参事 | 担当 マネージャー | 課員 |
| | | | | | | |

高額医療貸付申込書

| | | | | | | | | |
|--|-------|-------|----------|-----|-------|----------------|-----------|----------|
| | | | | | 決定額 | ※ | 千円 | |
| 申込金額 | 金 | | | | 千円 | 組合員氏名 | | |
| 所属所名 | | | 組合員証記号番号 | | | 資格取得年月日 | | |
| | | | 第 一 号 | | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 療養者氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 傷病名 | 医療機関名 | 初診年月日 | 療養期間 | 療養に要した費用 |
| | 年 月 日 | 男 ・ 女 | | | | 年 月 日 | 年 月 ~ 年 月 | 円 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 青森県市町村職員共済組合貸付規則にもとづき上記の金額を借り受けたいので申し込みます。 平成 年 月 日 | | | | | | | | |
| 住所 申込人 _____ 氏名 印 | | | | | | | | |
| 青森県市町村職員共済組合理事長 様 | | | | | | | | |
| 上記の申し込みは事実と相違なく、また申込人は信用確実な者であると認めます。 平成 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所属所長 印 | | | | | | | | |

(注) 1 この申込書には医療機関からの請求書又は領収書を添付して下さい。
 2 ※印欄は記入しないで下さい。

(審 査)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

| 承 認 | 不 承 認 |
|----------------------------|-------|
| 貸付金額 千円 | (理由) |