

高 額 医 療 貸 付 申 込 書

平成 年 月 日

(あて先)

名古屋市職員共済組合理事長

次のとおり、名古屋市職員共済組合高額医療貸付及び出産貸付規則により、必要書類を添付して貸付を申し込みます。

なお、貸付金については下記の口座へ振り替えてください。

申込者 (組合員)	フリガナ			組合員証 記号番号			
	氏 名	Ⓜ					
	住 所	電話 ()					
	所 属	電話 ()					
療養を受けた内容	療養を受けた者	(年 月 日生)	性 別	男・女	続 柄		
	期 間	入 院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 入院外等					
	医 療 機 関 名						
振替先金融機関		銀行		支店 (普通・当座)			
所属長 (所属課長)		所属所長 (庶務担当課長)					

- * 貸付金額は、高額療養費支給見込額の 9割分となります (同規則第 5条第 1項第 1号)。
- * 振替先金融機関には、ゆうちょ銀行は含まれません。
- * 振替先金融機関口座は申込者本人名義のものであること。

上記の申込につき、貸付を決定してよろしいか。			
共済課長	事業係	決定年月日	平成 年 月 日
		決定金額	円
給付課長	短期給付係	貸付日	平成 年 月 日
		貸付番号	号