決裁	事務局長	課長	課長補佐	係長	係

審査	承認				確認者	
	金額	円	決定番号	号	承認	不承認
	貸付日	年　月　日	貸付回数	第　回		

高額医療貸付・出産貸付申込書

所属所	○○○	組合員住所	〒 000 ― 0000 ○○市○○町○丁目○－○ TEL 000 (000) 0000
組合員等記号番号	100 ― 8888		
職名	課長	給料	416,000 円
(フリガナ)	キョウサイ タロウ	(フリガナ)	キョウサイ カズコ　続柄 長女
氏名	共 済 太 郎　(男)・女	療養及び出産者の氏名	共 済 一 子
生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	申込事由(詳細に)	長女一子入院手術により、 高額な診療費支払のため
資格取得年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
任意継続組合員資格取得年月日	令和　年　月　日		
医療機関名	○○病院	＊ 請求書又は領収書の額	円
診療月又は出産予定月	令和 ○○ 年 ○○ 月	＊ 控除額	円
支払年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	＊ 貸付額	円
申込金額	金 118,000 円	＊ 通知年月日	年　月　日

貸付額等は、請求内容を審査のうえ、医療係の承認を得て決定します。

山形県市町村職員共済組合貸付規程の規定を承知し、上記のとおり申込みいたします。
なお、借受金の償還は共済組合から支給される高額療養費又は出産費等をもって充てることを理事長に委任し、差額が生じた場合は理事長が指定した日までに償還いたします。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申込人　共 済 太 郎　㊞

※ 申込人自ら署名する場合は、押印は不要です。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

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　○ ○ ○ 長

1．組合員及び被扶養者で高額療養費・出産費等支給該当者に限ります。
2．貸付金は、本人指定の業務用口座に送金されます。
3．任意継続組合員については所属所長、証明印は必要ありません。
4．＊印の欄は記入しないでください。