

高 額 医 療 貸 付 申 込 書

年 月 日

(宛先)

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			組合員等 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 年 月 日 ~ 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)No.			
所属長(所属課長)		所属所の長(庶務担当課長)					

- 備考 1 申込者(組合員)自ら署名する場合は、押印不要です。
2 振込先金融機関は申込者本人名義の口座であること。

上記の申込につき、貸付を決定してよろしいか。

次 長	福祉事業係	決定年月日	年 月 日
		決定金額	円
	短期給付係	貸付日	年 月 日
		貸付番号	号