

高額医療貸付申込書

記入例

令和●年●●月●●日

(あて先)

福岡市職員共済組合理事長

次のとおり、高額医療貸付及び出産貸付規程により、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)	組合員証	記号 9700	番号 ●●●●●	組合員 氏名 共済 太郎 (※)	
	所属機関	(局・室・区) (部) (課) 総務企画局 人事部 福利厚生課 電話 711-4146			
	住所	〒 ●●●-●●●● 福岡市南区●●●丁目●●番●●-●●●号 電話 ●●●-●●●●			
療養を 受けた 内容	療養を受 けた者	氏名 共済 花子	生年月日 S●●年●●月●●日	性別 男・女	続柄 配偶者
	療養を受 けた医療 機関等	名称 ●●●●●●病院 電話 ●●●-●●●●	所在地 福岡市●●区●●●丁目●●番●●号		
	上記医療機関等 で療養を受けた期間	R ●●年 ●●月 ●●日 から 同月 ●●日まで			
振替先金融機関	銀行名 ●●銀行	本店・支店名 ●●支店	区分 普通	口座番号 ●●●●●●●●	

- * (一財)福岡市職員厚生会の会員は利用できません。
- * 貸付金額は、高額療養費支給見込額の8割分となります。
- * 振替先金融機関の口座は、申込者本人名義のものであること。
- * 本書に記載された個人情報、高額医療貸付に係るものに利用します。