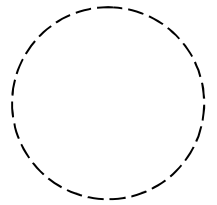


# 高額医療貸付申込書



課 長		係 長		照 合		主 任	
申 込 金 額		送 金 希 望 年 月 日			年 月 日		
		万円					
申 込 人	記 号 番 号	記号		番 号		所 属 所 名	
	ふ り が な	-----				生 年 月 日	年 月 日
	氏 名					生 年 月 日	年 月 日
	現 住 所						
	資 格 取 得 日	年	月	日	組 合 員 期 間	年	月
						給 料 額	円
貸 付 金 振 込 先		金 融 機 関 名			支 店 名		口 座 番 号
1 短期給付金等 振込口座		2 その他(希望先 を右欄に記載)			銀行・信金 農協・労金		普
※金融機関コード							
該 当 者	氏 名				生年月日	年 月 日	
	組 合 員 との 続 柄				保 険 医 療 機 関 名		
	病 名						
申込事由 _____ _____ _____							
京都府市町村職員共済組合貸付規則に基づき、上記のとおり借入申込みします。 年 月 日 京都府市町村職員共済組合理事長 様 申込人氏名 印							
所属所長の証明		※申込人自ら署名する場合は押印不要 京都府市町村職員共済組合貸付規則第8条第5項の規定に基づき、上記の記載事項及び関係書類を確認した結果、上記申し込みは事実と相違なく、適正なものであることを認めます。 年 月 日 所属所長職氏名					
※	備 考	決 定 金 額			償 還 の 確 認		
		万円			年 月 日 完済		
	送金日	年 月 日			貸 付 番 号		

※共済組合記入欄

(注) 貸付金の振込先は、原則として短期給付金等振込口座とし、その他の口座とする場合は必ず申込人名義とすること。