

高額医療貸付申込書

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)	記号		番号		氏 名			
	所属機関	(局・室・区) (部) (課)					電話 ( )	
		〒					電話 ( )	
療養を 受けた 内容	療養を受 けた者	氏 名		生年月日		性別	続柄	
				年 月 日		男・女		
	療養を受 けた医療 機関等	名 称			所在地			
		電話 ( )						
	上記医療機関等で 療養を受けた期間		年 月 日 から 同月 日まで					
振替先金融機関	銀行名		本店・支店名		区分	口座番号		
					普通			

- \* (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。