

# 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 ( )						
住所	〒 —					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は、高額医療貸付に係るものに利用します。