

高額医療  
 出産 貸付申込書



|  |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
|--|------|----------|----|-----|---------|---------------------|-------------------------------------|------|------|-------|-------|
| 申込金額                                     |      |          |    |     |         |                     |                                     |      | 円    |       |       |
| 申込<br>人                                  | 所属所名 |          |    |     |         | 組合員<br>証番号          | 第 号                                 |      |      |       |       |
|  | ふりがな |          |    |     |         | 給料月額 <sup>(※)</sup> | 円                                   |      |      |       |       |
|  | 氏名   |          |    |     |         |                     | ※短時間勤務職員については、「報酬月額」と読み替えて記入してください。 |      |      |       |       |
| 高額医療貸付記入欄                                |      |          |    |     | 出産貸付記入欄 |                     |                                     |      |      |       |       |
| 療養者                                      | 氏名   |          |    | 続柄  |         | 出産<br>予定者           | 氏名                                  |      |      | 続柄    |       |
|  | 生年月日 | 年        | 月  | 日   |         |                     | 生年月日                                | 年    | 月    | 日     |       |
| 療養期間                                     |      | 年 月 日 から |    |     |         | 妊娠期間                | 満 週                                 |      |      |       |       |
|  |      | 年 月 日 まで |    |     |         | 胎児の数                | <input type="checkbox"/> 単胎         |      |      |       |       |
| 医療機関または薬局名及びその住所                         |      |          |    |     |         |                     | <input type="checkbox"/> 多胎( 人)     |      |      |       |       |
|  |      |          |    |     |         | 出産予定日               | 年 月 日                               |      |      |       |       |
| 岡山県市町村職員共済組合貸付規程に基づき、上記の貸付を受けたく申込みいたします。 |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 年 月 日                                    |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 申込人氏名 ㊟                                  |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| ※申込人自ら署名する場合は、押印不要です。                    |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。                 |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 年 月 日                                    |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 岡山県市町村職員共済組合理事長 殿                        |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 所属所長                                     |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 共 済 組 合 使 用 欄                            |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 貸付決定金額                                   | 千万   | 百万       | 十万 | 万   | 千       | 百                   | 十                                   | 円    | 貸付番号 | 第 号   |       |
| 送金額                                      | 千万   | 百万       | 十万 | 万   | 千       | 百                   | 十                                   | 円    | 決定日  | 年 月 日 |       |
|  |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      | 送金日   | 年 月 日 |
| 上記のとおり認定の上、借受人に通知してよろしいか。                |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |
| 決裁                                       |      | 事務局長     |    | 次 長 |         | 課 長                 |                                     | 課長補佐 |      | 係 長   | 係     |
|  |      |          |    |     |         |                     |                                     |      |      |       |       |

(注) 1. 貸付申込時に必ず印鑑登録証明書を添付の上、申込人の印は印鑑登録証明書記載の印鑑を押印すること。  
 2. 添付書類  
 高額医療貸付…保険医療機関等が発行する請求書または領収書  
 出 産 貸 付…母子健康手帳の写し  
 { ・出産予定日まで2ヶ月以内(多胎の場合4ヶ月以内)であることの医師または助産師の証明書  
 ・妊娠4ヶ月以上であることの医師または助産師の証明書。医療機関からの一時的な支払いに要する費用の内訳のある請求書または領収書  
 ※ {} 内の書類は、いずれか該当するものを添付すること  
 3. 任意継続組合員が申込みをする場合は、組合に直接申込みをしてください。その場合、所属所長の証明は不要です。  
 4. 貸付金は、共済組合に登録の「給付金受取口座」へ送金します。