

## 特別入院給付申請書

(第1回) 年 月 日

(第2回) 年 月 日

(第3回) 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒 ー  
住 所  
氏 名

印

特別入院給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程第8条の規定に基づき申請します。

フリガナ		性 別	男 女	生年 月日	年 月 日
氏 名					
会 員 証 番 号		受給資格取得年月日			年 月 日
所 属		調 教 師 名			
病 院 名 (A)	入院 年 月 日	転院病院 (B)	入院 年 月 日	転院病院 (C)	入院 年 月 日
	退院 年 月 日		退院 年 月 日		退院 年 月 日
実入院日数	日	傷 病 名			
手 術 名		実 施 年 月 日			年 月 日
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号	名 義 人		
	支店		フリガナ 氏 名		

(添付書類)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 医療機関の入院診断書 (指定する「診断書用紙」を使用)
- 競走中等における事故に基づく旨を証する主催者の証明書