

脱 会 給 付 (死 亡) 申 請 書

年 月 日

一般財団法人 地方競馬共済会理事長 殿

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名 Ⓜ

(TEL - -)

下記により死亡による脱会給付を受けたいので、給付規定第 10 条の規定に基づき申請します。

記

会員であつた者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	会員証番号		職種		入 会 年月日	年 月 日	
	所 属	競馬場		調教師名			
死亡理由				死 亡 年月日	年 月 日		
申請者	死亡した会員との関係	配偶者 ・ 子 ・ 父 ・ 母 ・ 孫 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 (該当事項を○で囲むこと)					
	給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		口座名義人		
		支店	No.	フリガナ			
		氏 名					

(添付書類)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. 死亡した会員の死亡診断書または死体検案書
3. 死亡した会員の戸籍謄本または除籍謄本
 なお、必要に応じて原戸籍の添付を求める場合がある。
4. 申請者（配偶者及び分籍していない子を除く。）の戸籍謄本
5. その他共済会が必要と認めた書類