

遺族給付申請書（業務中の死亡）

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒□□□□-□□□□

（申請者）住 所

氏 名 ⑩

（TEL - - ）

遺族給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程第10条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

会 員 で あ っ 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			フリガナ			
				氏 名				

（添付資料）

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 死亡した会員の死亡診断書又は死体検案書
- 死亡した会員の戸籍全部事項証明書又は除籍全部事項証明書  
なお、必要に応じて原戸籍の添付を求める場合がある。
- 申請者（配偶者及び分籍していない子を除く。）の戸籍全部事項証明書
- 業務中の事故による死亡である旨を証する主催者の証明書
- その他共済会が必要と認めた書類