

脱会給付申請書

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

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
会員証 番 号		職種		入 会 年月日	年 月 日
所 属	競馬場		調教師名		
脱会理由					
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		口座名義人	
		No.	フリガナ		
	支店		氏 名		

(注) 業務中に死亡したため、遺族給付を併せて申請している場合は、「記」の欄の記載を省略することができる。

(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. その他共済会が必要と認めた書類