

障 害 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 - -)

下記により障害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 | | |
| 傷病の内容 | 傷病の発生年月日 | | 傷病の発生場所 | 傷病の治癒等の状況 | |
| | 年 月 日 | | | 年 月 日 治癒・治療中 | |
| 入院の有無 | 有・無 | 病院名 | ① 病院 | ② 病院 | |
| 手術の有無 | 有・無 | 手術年月日 | 手術名 | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| 給 付 金 振 込 先 | 金融機関名 | | 口座番号 | | |
| | 支店 | | No. | 口座名義人 | |
| | | | | 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. 医師が作成した診断書（指定する「診断書用紙」を使用すること
3. 業務中の事故による傷病である旨を証する主催者の証明書
4. その他共済会が必要と認めた書類