

入院給付申請書

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 - -)

下記により入院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			
病院名 (A)	入院： 年 月 日	病院名 (B)	入院： 年 月 日	病院名 (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			
手術の有無	有・無	手術年月日	年 月 日	手術名		
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. 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