

入院給付申請書

(第1回) 年 月 日  
 (第2回) 年 月 日  
 (第3回) 年 月 日

一般財団法人 地方競馬共済会理事長 殿

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名 ㊞

下記により入院給付を受けたいので、特別給付規定第8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		給付資格取得 年 月 日		年 月 日	
所 属	競馬場		調教師名		
病院名 (A)		転院病院 (B)		転院病院 (C)	
病院 (A)	入院： 年 月 日	病院 (B)	入院： 年 月 日	病院 (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			
手術名				手術年月日	年 月 日
付添看護者 氏 名		派遣先		付 添 期 間	年 月 日 年 月 日
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	

(備考)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付のこと。
- 医療機関の入院診断書（指定する「診断書用紙」を使用）を添付のこと。
- 競走中等における事故に基づく旨を証する主催者の証明書を添付のこと。
- 付添看護費用を支払った領収書は、指定する用紙「付添費用領収書添付用紙」に領収書1枚ごとに貼付けのうえ提出のこと。