

通院給付申請書

年 月 日

一般財団法人 地方競馬共済会理事長 殿

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名

㊞

下記により通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<br>氏 名             |              | 性別              | 男・女  | 生年月日  | 年 月 日       |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 会員証<br>番 号              |              | 給付資格取得<br>年 月 日 |      | 年 月 日 |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 所 属                     | 競馬場          |                 | 調教師名 |       |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 負傷又は<br>疾病              | 負傷又は疾病の発生年月日 |                 |      | 治癒年月日 |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
|                         | 年 月 日        |                 |      | 年 月 日 |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
|                         | 病 名          |                 |      |       |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 実際に通院治療した日 (○印をつけてください) |              |                 |      |       |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 月                       | 1            | 2               | 3    | 4     | 5           | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 計<br>日 |
|                         | 14           | 15              | 16   | 17    | 18          | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |        |
|                         | 27           | 28              | 29   | 30    | 31          |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 月                       | 1            | 2               | 3    | 4     | 5           | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 計<br>日 |
|                         | 14           | 15              | 16   | 17    | 18          | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |        |
|                         | 27           | 28              | 29   | 30    | 31          |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 月                       | 1            | 2               | 3    | 4     | 5           | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 計<br>日 |
|                         | 14           | 15              | 16   | 17    | 18          | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |        |
|                         | 27           | 28              | 29   | 30    | 31          |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
| 給 付 金<br>振 込 先          | 金融機関名        |                 | 口座番号 |       | 口座名義人       |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
|                         |              |                 |      |       |             |    |    |    |    |    |    |    |    |        |
|                         | 支店           |                 | No.  |       | フリガナ<br>氏 名 |    |    |    |    |    |    |    |    |        |

(備考)

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。