

遺族給付申請書

年 月 日

一般財団法人 地方競馬共済会理事長 殿

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名 印

(TEL - - )

下記により遺族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

会員であつた者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	会員証番号		職種		入会年月日	年 月 日	
	所 属	競馬場		調教師名			
死亡理由				死亡年月日	年 月 日		
申請者	死亡した会員との関係	配偶者・子・父・母・孫・祖父・祖母・兄弟姉妹 (該当事項を○で囲むこと)					
	給付金先振込	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. 死亡した会員の死亡診断書または死体検案書
3. 死亡した会員の戸籍謄本または除籍謄本  
なお、必要に応じて原戸籍の添付を求める場合がある。
4. 申請者（配偶者及び分籍していない子を除く。）の戸籍謄本
5. 業務中の事故による死亡である旨を証する主催者の証明書
6. その他共済会が必要と認めた書類