

## 特別通院給付申請書

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒

住所

氏名

印

特別通院給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程第8条の規定に基づき申請します。

フリガナ		性別	男	生年	年	月	日									
氏名		別	女	月日												
会員証番号		受給資格取得年月日		年	月	日										
所属		調教師名														
	負傷又は疾病の発生年月日			治癒年月日												
	年 月 日			年 月 日												
	傷病名															
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	14	15	計 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
給付金 振込先	金融機関名			口座番号			名義人									
							フリガナ									
	支店						氏名									

（添付書類）

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 負傷又は疾病の原因となった事故の発生年月日及び発生状況に関する主催者の証明
- 通院治療日が証明できる書類（ただし、給付金が10万円以下の場合は、診察券の写しでも可。）