

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 - -)

入院給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程第10条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

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			
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		
	通院：年 月 日		通院：年 月 日		通院：年 月 日		
実入院 日 数	日	傷病名					
手術の 有 無	有・無	手術月日	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			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