

脱会給付申請書

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. — —)

脱会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			
脱 会 理 由							
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		口 座 名 義 人			
				フリガナ			
	支店			氏 名			

(添付資料)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. その他共済会が必要と認めた書類