

共済金給付申請書

(死亡、廃疾、全盲、火災、災害)

年 月 日

一般社団法人沖縄県歯科医師会
会長 殿

申請者 就業所住所
氏名 印

次のとおり共済金（死亡 廃疾 全盲 火災 災害）の給付について申請します。

会 員 氏 名		年 齡	歳
共済金受給権者 氏 名		会 員 と の 続 柄	
死亡・廃疾 全盲・火災 災害	年 月 日	罹災状況	

申請書とともに、次の関係書類を提出して下さい。		
(死亡) ・死亡診断書	(全盲又は廃疾) ・医師の診断書 ・保健所長の歯科医師免許 返還証明書	(火災又は災害) ・消防署又は役所・役場の 罹災証明書 ・被災状況写真 ・見積書

共済金 振込先	銀行等	銀行	本店	支店
	口座番号	普通 No. 当座 No.	通帳名義人	