

一般社団法人奈良県歯科衛生士会
正会員福祉給付申請書

正会員番号		正会員氏名	
-------	--	-------	--

※申請される項目だけにご記入ください。

給付の種類	給付事由	該当箇所を○で囲む	死亡年月日
弔慰金	正会員死亡	正会員歴 5年以上 5年未満	年 月 日
	親族死亡	配偶者 子 親 死亡者氏名	年 月 日

給付の種類	給付事由	災害：災害の状態・災害日 / 入院：病院名・入院期間等
見舞金	災害	
	病気入院	

給付の種類	給付事由	配偶者氏名	婚姻届提出日
結婚祝い金	結婚した正会員		年 月 日

給付の種類	給付事由	検診を受けた医療機関名	受診日
健康診断時の助成金	健康診断		年 月 日

* 見舞金については、理事会の議を経て決める

* 健康診断の助成金申請には医療機関の領収書のコピーもご提出下さい。

上記の通り申請します。

平成 年 月 日 氏名 印