

黄色の部分、ご記入ください。

入院見舞金給付請求書

請求日 年 月 日

日技厚生会 理事長 殿



下記のとおり給付事由が発生したので、日技厚生会会員弔慰・見舞金制度の入院見舞金を給付請求いたします。
 なお、記載内容が正当であることを証明いたします。

組織名 (県技)名 大阪府歯科技工士会
 代表者名 会長 清水 潤一 ㊟

太枠内を記入ください

▼ 請求者事項

こちらで記入します

加入者番号 (日技会員番号に同じ)	所属支部名	加入者氏名	性別 男 女	生 年 月 日 M S T H
日技厚生会 加入年月	郵便番号	現 住 所		
H 年 月	都 道 府 県			

↑ 不明な場合は結構です。

▼ 請求事由状況

傷病発生年月日	H 年 月 日	傷 病 名	
入院期間	(自) H 年 月 日	~	(至) H 年 月 日 日間
入院した病院 (医療機関)名			

▼ 給付金送金方法

郵便番号	現住所	都 道 府 県	TEL	←上記住所と異なる場合に記入ください。
フリガナ	給付金口座名義人		← 会員(加入者)本人の口座名義を記入ください。	
送金先	銀行口座送金	銀行 信用金庫	支 店	口座種目 ・普通(総合) ・当座
				口座番号

番号は右づめでご記入ください。↗

給付種別	給付対象	給付金額	必要書類
入院見舞金	会員が傷病等により、3週間以上入院したとき ※ただし同一年度内1回限りの支給	1万円	①給付請求書(本書) ②入院証明書(診断書)の写し

— 通信欄 —

厚生会 使用欄



日技厚生会 会員弔慰・見舞金制度
入院見舞金給付請求書

請求日 年 月 日

日 技 厚 生 会 理 事 長 殿

下記のとおり給付事由が発生したので、日技厚生会会員弔慰・見舞金制度の入院見舞金を給付請求いたします。
なお、記載内容が正当であることを証明いたします。

地域組織(県技)名 大阪府歯科技工士会

代表者名 会長 清水 潤一 ㊞

太枠内を記入ください

▼ 請求者事項

加入者番号 (日技会員番号に同じ)	所属支部名	加入者氏名	性別 男 女	生 年 月 日 M S T H
日技厚生会 加入年月	郵便番号	現 住 所		
H	年 月	都 道 府 県		

↑ 不明な場合は結構です。

▼ 請求事由状況

傷病発生年月日	H	年 月 日	傷 病 名
入院期間	(自) H	年 月 日	～ (至) H 年 月 日 日間
入院した病院 (医療機関)名			

▼ 給付金送金方法

郵便番号	現住所	都 道 府 県	TEL	← 上記住所 と異なる場 合に記入く ださい。
フリガナ	給付金口座 名 義 人			㊞ ← 会員(加入者)本人の口座名義を記 入ください。
送金先	銀行 信用金庫 ()	支 店	口座種目 ・普通(総合) ・当 座 ()	口 座 番 号

番号は右づめでご記入ください。↗

給付種別	給付対象	給付金額	必 要 書 類
入院見舞金	会員が傷病等により、3週間以上入院したとき ※ただし同一年度内1回限りの支給	1万円	①給付請求書(本書) ②入院証明書(診断書)の写し

— 通信欄 —

厚
生
会
使
用
欄

本会
受付印