

戸塚区歯科医師会福祉共済給付金請求届

令和 年 月 日

戸塚区歯科医師会会長

殿

診療室所在地

名称

会員氏名 (印)

生年月日 年 月 日

今般下記の理由により給付金請求いたします。

記

発生年月日 年 月 日

- 給付理由
- ・ 疾病(診断名)入院日数 日(7日以上)
 - ・ 傷害(部位および診断名)入院日数 日(7日以上)
 - ・ 婚姻 令和 年 月 日
 - ・ 出産 令和 年 月 日・会員本人・配偶者
 - ・ 火災・災害

住所 〒 -

TEL

振り込み先金融機関 銀行・信組 本店・支店

口座番号 名義人名

歯科医師信用組合の口座以外に振り込む場合は、振込手数料を負担願います。

戸塚区歯科医師会受理日 令和 年 月 日