

県歯新共済入院共済金支給申請書

岡山県歯科医師会長 殿 年 月 日

下記のとおり共済金の支給を申請します。

地 区 名		氏 名		年 齢	満	才
傷 病 名						
入院期間	年 月 日より 年 月 日まで					

請求者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

※入院期間のわかる書類（領収書、明細書、退院証明書等）の添付をお願いします（コピー可）。
提出が難しい場合は入院された病院の療養担当者に必要事項を記入して貰って下さい。

傷 病 名						
入院期間	年 月 日より 年 月 日まで					
上記のとおり入院したことを証明する。 医療施設名 住 所 療養担当者 ⑩						

入院共済金のお振込先

振 込 先	銀 行		支 店
預金種類 口座番号	普 通 ・ 当 座	No.	
フリガナ			
口座名義			

※ご申請頂きました入院共済金は手続き完了後、銀行振込でご送金致しますので振込口座をご記入くださいますようお願い申し上げます。