

脱会給付申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒 —

住 所

氏 名

Ⓔ

(TEL — —)

脱会給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程に基づき下記のとおり申請します。

フリガナ				性 別	男 女	生年 月日	年 月 日
氏 名							
会 員 証 番 号		職 種		入 会 年 月 日			年 月 日
所 属	競馬場			調 教 師 名			
脱 会 理 由							
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		名 義 人			
				フリガナ			
	支店			氏 名			

(添付資料)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. その他共済会が必要と認める書類