

結婚祝金請求書

【個人情報の取扱いについて】
神奈川県歯科医師会では、個人情報の保護に基づき
会員から知り得た個人情報は厳正に取扱います。

本人記載欄

会員氏名 男・女 (生年月日 昭・平 年 月 日) ⑩	診療所住所	〒 電話番号 ()
婚姻年月日 平成 年 月 日 *婚姻届を提出した日となります。 令和		
ふりがな	配偶者の生年月日 昭和 年 月 日 平成	
配偶者氏名		

■添付書類

本人及び配偶者の記載のある住民票を添付。

この欄は記入しないでください。

公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第1共済

受付日 令和 年 月 日 常任幹事会審議 令和 年 月 日	部会長	副 部 会 長	常任幹事	事務局長	次長	課長	取扱者
給付決定額 円							
支払日 令和 年 月 日 県歯 NO.							