

出産見舞金請求書

【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) 印
住 所	〒 電話番号 ()

■病院等の証明欄

分娩者が配偶者の 場合は、その氏名	死・流産年月日	平成・令和 年 月 日 (妊娠 ヲ月)
死・流産した医療機関等 の名称、担当医の氏名	印	

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
給付決定額 円	
支払日 令和 年 月 日	県歯 NO.

部会長	副 部 会 長	常任幹事	事務局長	次長	課長	取扱者