

高齢者一部前払金申請書

会員氏名	Ⓜ (実印)
	男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日(歳)
診療所住所	
自宅住所	
振込先	<p style="text-align: center;">銀行 信用組合 信用金庫</p> <p style="text-align: right;">支店</p> <p>口座番号 普通・当座 _____</p> <p>ふりがな 口座名義</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ(銀行印)</p>
<p>令和 年 月 日</p> <p>公益社団法人神奈川県歯科医師会会長 殿 公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第2共済部会長</p> <p>高齢者一部前払金を受けたいので、申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">住 所 会員氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ(実印)</p>	

この欄は記載の必要はありません。

■事務局記入欄

受 付 日	令和 年 月 日	・会費、負担金の納入の有無
役員会審議	令和 年 月 日	
常任幹事会審議	令和 年 月 日	
県歯 NO, -		

■決裁欄

部会長	副 部 会 長	常任幹事	事務局長	次 長	課 長	取扱者

高齢者一部前払金にかかわる誓約書



公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第2共済細則により、本人死亡共済金の一部前払である高齢者一部前払金を受けるに際し、下記のことを誓約します。

記

1. 第2共済本人死亡共済金の給付を受ける際は、既に給付された高齢者一部前払金額を差し引き、その残額を受領することを承諾する。
2. 公益社団法人神奈川県歯科医師会を退会する場合または部会員としての資格を失った場合は、受領した高齢者一部前払金額は必ず返済いたします。

令和 年 月 日

公益社団法人神奈川県歯科医師会会長 殿
公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第2共済部会長

申請者

住所

氏名

㊞(実印)

保証人(本人死亡共済金受給権者第1位)

住所

氏名

㊞(実印)

提出書類

1. 公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第2共済高齢者一部前払金申請書
2. 高齢者一部前払金にかかわる誓約書
3. 申請者の戸籍謄本
4. 申請者の印鑑証明
5. 保証人の戸籍謄本
6. 保証人の印鑑証明