

(様式1)

会員死亡届及び死亡弔慰金申請書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	(年 齢 )
死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		
死 因			
会 員 歴	入会年 西暦 年 ( 年間 )		
ご 遺 族 (住所・氏名)	〒 TEL : (会員との続柄)		
送 付 先	〒 TEL :		
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印

公益社団法人 日本歯科衛生士会会長 殿

(様式2)

災 害 見 舞 金 申 請 書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	
被害の種類	(1) 家屋の床上浸水 (2) 家屋の全半壊・家屋の全半焼		
被害年月日	令和 年 月 日		
預金口座 振込先	銀行 普通・当座預金 名義	支店 口座番号	(本人名義に限ります)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印

(様式3)

入院見舞金申請書

所属	歯科衛生士会		会員歴	年
会員番号		氏名	(年齢 歳)	
傷病名				
初診年月日	令和 年 月 日			
入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ( 日間)			
病院又は診療所の名称及び所在地	〒 TEL :			
預金口座振込先	銀行 支店 普通・当座 預金 口座番号 名義 (本人名義に限ります)			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印

(様式4)

〇〇〇特例 災害見舞金申請書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	
被害の種類	一 家屋の全壊・半壊・沈下等 二 家屋の床上浸水等 三 家屋・住居の一部損壊等		
被害年月日	令和 年 月 日		
預金口座 振込先	銀行 普通・当座預金 名義	支店 口座番号 (本人名義に限ります)	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印

公益社団法人日本歯科衛生士会会長 殿