

(様式-1)

会員死亡届及び死亡弔慰金申請書

所属会	歯科衛生士会		
会員番号		氏名	(年齢)
死亡年月日	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 日本歯科衛生士会長 様

(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	イ 床上浸水 ロ 家屋全・半壊（全・半焼）		
被害年月日	令和 年 月 日		
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長 様

上記、申請書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長 様

上記、申請書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