

共済証明書（報告書）

埼玉県日本歯科大学校友会会長 殿

支部

支部長・代理 氏名 印

会 員	氏 名	
	住 所	〒
	生 年 月 日 卒 業 回 数	*大正・昭和 年 月 日 回卒

共済事項（該当箇所を○で囲んで下さい。）

1. 死亡 会 員 平成 年 月 日 （病名 ）
配偶者 平成 年 月 日
親 族 平成 年 月 日
2. 災害 住居・診療所
家屋（全壊、半壊、⅓壊）（流失、水没、床上浸水）（全焼、半焼、⅓焼失）
添付書類：官公署の証明書、災害現状写真
3. 疾病（安静加療中にて就業不能なもの）
90日以上
（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
引続き更に90日以上
（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
添付書類：診断書（就業不能期間の記入されているもの）
4. 全盲 添付書類：診断書
5. 慶事祝金 叙勲・褒章
6. その他

上記会員が○印の事項に該当することを証明し、必要書類を添えて報告します。

受付 平成 年 月 日 受理 平成 年 月 日