

第4号書式

**共済証明書（報告書）**

平成 年 月 日

日本歯科大学校友会会長 殿

\_\_\_\_\_ 都道府県日本歯科大学校友会  
会 長 \_\_\_\_\_ (印)

会 員 氏 名	( 回 卒 )
住 所	
生 年 月 日	明治 昭和 年 月 日 (満 歳) 大正 平成
<b>共済事項（該当箇所に○印を付すること）</b>	
1. 死 亡	平成 年 月 日 病名：
2. 災 害	自 宅 ・ 診 療 所 ① 家屋全壊 ・ 半 壊 ・ 1/3壊 ② 家屋流失 ・ 水 没 ・ 床上浸水 ③ 家屋全焼 ・ 半 焼 ・ 1/3焼失  添付書類：官公署の証明書、災害状況写真
3. 長 期 疾 病	： 90日以上（同一病名で安静加療中または就業不能のもの） 年 月 日 ～ 年 月 日まで 添付書類：診断書
4. 休 業 見 舞 金	： 長期疾病見舞金受領後、同一病名又は障害のために引き続き更に90日以上 年 月 日 ～ 年 月 日まで 添付書類：診断書
5. 全 盲	平成 年 月 日 病名：  添付書類：診断書

上記の者、○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。 本部送付用

本 部 記 入 欄	長期疾病 日数	日	休業 見舞金 日数	日	入 会 金	納 入 ・ 未 納
					育 英 基 金	納 入 ・ 未 納
	担当常務		担当者		会 費 免 除	年より免除・減免
	功 勞 金 支 給 日	年 月 日		支 給 額	円	