

(様式第6号)

給 付 申 請 書

令和 年 月 日

一般社団法人栃木県診療放射線技師会 会長殿

申請者（本人・代理人・理事）

氏 名：

会 員 氏 名：

勤務先施設名：

一般社団法人栃木県診療放射線技師会「慶弔規程」に基づき、下記の給付を申請いたします。
（下記の該当箇所に○をつけ、記入してください）

1. 祝電

結婚式（披露宴）日時： 令和 年 月 日 午前 時から
午後

式場住所・Tel：

2. 慶弔金・見舞金

申請事由

・出産（第一子）出産日：令和 年 月 日

・死亡：本人・配偶者・父、母、子（義父、義母は同居の場合のみ）

死亡日：令和 年 月 日

告別式：日 時： 令和 年 月 日 午前 時から
午後

式場住所・Tel：

故人氏名：

受給者との関係：

施 主 名：

・災害発生日：令和 年 月 日

災害内容（証明書もしくは写真を添付のこと）：

・入院加療：診断名：

入院期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日