

# 共 済 見 舞 金 請 求 書

No. \_\_\_\_\_

氏 名		年 齡		背番号	
チ ー ム 名		対戦チーム名			
チーム監督名		主 審 名			
所 属 連 盟 名		傷 病 名			
連盟理事長名		医院又は病院名			
事故発生場所		相手方住所氏名			
事故発生日時	月 日 時 分頃	等 級 別	1	2	3 4

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日 届

住 所

氏 名 印

代理人 印

監督印	連盟理事長印	共済会担当者印	共済会事務局長印	協会理事長印

## 共 済 見 舞 金 領 収 証

No. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

¥ , 0 0 0 -

上記金額正に領収いたしました。

請求者氏名 印

(代理人氏名) 印