

罹災報告書

平成 年 月 日

奥羽大学歯学部同窓会長 殿

下記の通り罹災しましたので報告いたします。

罹災年月日 平成 年 月 日

罹災の種類 火災 地震 風水害 事故 その他()

罹災家屋 自宅 自宅兼診療所

罹災(損害)の程度

休診または避難の期間

会員住所(TEL)

氏名

印

確認書

平成 年 月 日

上記の支部会員について、上記の通り報告を受けたことを確認いたします。

支部長

印

共済金給付決定書

上記会員の罹災について理事会において 給付 不給付 とすることに決定しました。

決定日理事会 平成 年 月 日 第 回 理事会

給付金額 円(給付基準 に準拠)

不給付の場合その理由

奥羽大学歯学部同窓会長

印