

# 共済給付金請求書

請求年月日 年 月 日

(一財) 加古川勤労者福祉サービスセンター代表理事 様

つぎのとおり給付事由が発生したので共済給付金を請求します。

事業所番号	会員番号	会員氏名 <small>※自書で (会員死亡の場合は受取人氏名と㊞)</small>
		㊞

<input type="checkbox"/> 結婚祝	婚姻年月日 年 月 日	フリガナ 配偶者氏名 生年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 出産祝	フリガナ 子の氏名	生年月日 年 月 日	性別 男・女	
<input type="checkbox"/> 傷病見舞 14日以上	原因傷病名	事業所を休業した期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 家族死亡	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	性別 男・女	年齢 歳
	会員との関係 1. 配偶者 2. 子 (死産 月) 3. 親 (実・義・養) ※ 実父母以外は、同居に限る			
<input type="checkbox"/> 会員死亡	会員名	原因傷病名	死亡年月日 年 月 日	
適要				

※該当事由の□にチェックしてください。

## 共済給付事由発生報告書兼証明書

(一財) 加古川勤労者福祉サービスセンター代表理事 様

報告 (証明) 年月日  
年 月 日

上記のとおり、給付事由が発生したことを報告 (証明) します。

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ ㊞

(事務局記載欄)

局長	担当係長	担当係長	係	振込日

入力日	受付日