

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>(会員死亡の場合は受取人氏名と㊞)</small>
		㊞

※自署の場合は押印不要です。

<input type="checkbox"/> 結婚祝	婚姻年月日 年 ____ 月 ____ 日	配偶者 <small>フリガナ</small> 氏名 生年月日 <small>S H</small> 年 ____ 月 ____ 日	
<input type="checkbox"/> 出産祝	子の <small>フリガナ</small> 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 年 ____ 月 ____ 日 ~ 年 ____ 月 ____ 日	復職日 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
<input type="checkbox"/> 会員死亡	会員名	原因傷病名	死亡年月日 年 ____ 月 ____ 日
<small>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</small>			
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