

家族死亡の場合は、変更届(P12)を併せて提出してください。

記入、押印もれのないようお願いいたします。

(押印箇所は3箇所です。)

請求は、1枚の請求書兼証明書に給付事由1件のみ記入してください。

Web

FAX不可

共済給付金請求書兼証明書【見舞金・死亡弔慰金用】

一般社団法人胆江地区勤労者福祉サービスセンター

理 事 長 様 請求日 平成 年 月 日

事業所名	事業所代表者名
(印)	印

会員番号	性別	会員住所(〒 -)
フリガナ	男・女	
会員氏名	年齢	電話番号
生年月日 昭・平 年 月 日	歳	() -

下記のとおり共済給付金を請求し、給付事由について証明いたします。

傷病休業見舞金				ハートアイ 記入欄		
休業 日数 区 分	14日以上 30日未満 15	2-1	全労済会 10,000円	,000円	発病日/初診日 平成 年 月 日	休業日数 日間
	30日以上 60日未満 16	2-2	上記金額に 加算 15,000円	,000円	休業期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	事業所の 休日も休業期 間に含まれます。
	60日以上 90日未満 17	2-3	上記金額に 加算 5,000円	,000円		
	90日以上 120日未満 18	2-4	上記金額に 加算 10,000円	,000円	原因傷病名	
	120日以上 19	2-5	上記金額に 加算 15,000円	,000円	病院名	

死亡弔慰金				
会員の配偶者 34	5-4	20,000円	フリガナ	生年月日
			配偶者氏名	大昭・平 年 月 日
			死亡日 平成 年 月 日	死亡時の年齢 満 歳
会員の子 死産の場合、妊娠 7ヶ月以上経過 35	5-5	20,000円	フリガナ	生年月日
			子の氏名	昭和・平成 年 月 日
			死亡日 平成 年 月 日	死亡時の年齢 満 歳
			死産の場合 妊娠 ヵ月	
会員の親 (配偶者の親含む) 同・別居問わない 36	5-6	10,000円	フリガナ	生年月日
			父母氏名	明・大昭 年 月 日
		死亡日 平成 年 月 日	死亡時の年齢 満 歳	
会員との関係		(実・義・養・継) 父・母	同居・別居	

事務局長	事務局次長	所内	担当

ハートアイ	全労済協会 支払
-------	-------------

変更届	有	無	登録なし
-----	---	---	------