

①登録家族死亡の場合は、変更届(P10)を併せて提出してください。
②記入、押印もれのないようお願いいたします。
(押印箇所は1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。

コピー用

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 年 月 日

事業所名	
事業所代表者名	

会員番号						—				会員住所(〒 —)
会員氏名										電話番号
生年月日										年

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					
休業日数区分	①14日以上 30日未満	2-1	10,000 円	発病日／初診日 年 月 日	休業日数 日間
	②30日以上 60日未満	2-2	15,000 円	休業期間 年 月 日から 年 月 日まで	※事業所の休日 も休業期間に含みます。
	③60日以上 90日未満	2-3	20,000 円		
	④90日以上 120日未満	2-4	25,000 円	原因傷病名	
	⑤120日以上	2-5	30,000 円	病 院 名	

死 亡 弔 慰 金			※同居家族の場合は変更届をご提出ください。		
会員の配偶者	5-4	20,000 円	フリガナ	生年月日 年 月 日	
			配偶者氏名	年 月 日	
			死亡日 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	5-5	20,000 円	フリガナ	生年月日 年 月 日	
			子の氏名	年 月 日	
			死亡日 年 月 日	死亡時の年齢 満 歳 死産の場合 妊娠 カ月	
会 員 の 親 (配偶者の親含む) ※同・別居問わない	5-6	10,000 円	フリガナ	生年月日 年 月 日	
			父母氏名	年 月 日	
		死亡日 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	主 任	所 内	担 当

ハートアイ No.

変更届	有		無		登録なし
-----	---	--	---	--	------