

家族死亡の場合は、変更届(P11)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 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	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						
休業日数区分	14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
	30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。
	60日以上90日未満	2-3	20,000円			
	90日以上120日未満	2-4	25,000円	原因傷病名		
	120日以上	2-5	30,000円	病院名		

死亡弔慰金			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		
			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		
			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 ヵ月	
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		
			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	主事	所内	担当

ハートアイ

変更届	有	無	登録なし
-----	---	---	------