**共済給付金請求書兼証明書【見舞金・死亡弔慰金用】**

①家族死亡の場合は、変更届（P11）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。

**ＦＡＸ不可**

**コピー用**

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・　 令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 事業所代表者名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |
| 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  　　令和　　　 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  令和　　 　年　　　月　　　日から  平令和　　 　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 | | | ※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  大・昭・平　　 　 年　　　月　　　日 |
| 配偶者氏名 |
| 死亡日　令和・　 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  昭和・平成・　　　　年　　　月　　　日 |
| 子の氏名 |
| 死亡日　令和　 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  明・大・昭 　 　 　　　年　　 月　　 日 |
| 父母氏名 |
| 死亡日　令和 　 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 |

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

ハートアイ

№

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 主　任 | 所 内 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |