

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。

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

令和 年 月 日

事業所名 <input type="text"/>	事業所代表者名 <input type="text"/>
------------------------------	---------------------------------

会員番号 <input type="text"/>	性別 男・女	会員住所(〒 - ) <input type="text"/>
フリガナ <input type="text"/>	年齢 歳	電話番号 ( ) -
会員氏名 <input type="text"/>		
生年月日 年 月 日		

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 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 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日			
			配偶者氏名 <input type="text"/>	年 月 日			
			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 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日			
			子の氏名 <input type="text"/>	年 月 日			
			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 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日			
			父母氏名 <input type="text"/>	年 月 日			
			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			

事務局長	事務局長次長	主任	所内	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ハートアイ No.
--------------

変更届	有	無	登録なし
-----	---	---	------