

慶弔共済給付金請求書

⑱

FAX 不可

* 下記の欄に必要事項を記入し、各区分等の該当項目を○で囲んでください。

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理事長 様		平成 年 月 日		
1 下記の給付事由により、給付金を請求します。		請求金額		
2 給付金を下記の口座(事業所代表口座)に振り込んで ください。				
事業所番号	事業所名 (団体名)	事業所代表者名 (団体代表者)	事業所電話	
			TEL ()	
会員番号	会員氏名	性別	生年月日	
		男・女	大・昭・平 年 月 日	
振込金融機関名		銀行・信用金庫・協同組合・労働金庫	口座の種類	
支店名	支店	口座番号	普通・当座	
フリガナ				
口座名義人		* 口座番号(事業所代表口座) は、左詰めでご記入ください。		
① 死亡保険金 (会員死亡)	71歳未満(疾病死亡)	* 別紙様式⑱-1「本人死亡・後遺障害 保険金請求書(疾病による死亡契約用)」も提出してください。		
	71歳以上(疾病死亡)			
	不慮の事故による死亡			
② 傷病休業保険金 (会員傷病)		* 別紙様式⑱-2「傷病休業 保険金請求書」も提出してください。		
③ 住宅災害保険金 (火災・自然災害)		* 別紙様式⑱-3「住宅災害 保険金請求書」も提出してください。 * 災害を受けた際は、速やかに事務局までご連絡ください。		
④ 住宅災害による 同居親族死亡弔慰金	続柄	()	災害発生日	
	死亡者氏名		平成 年 月 日	
⑤ 死亡弔慰金 (親族死亡)	配偶者	死亡者 氏名	死亡年月日	
	子			
	親(父・母)			
⑥ 入学 祝金 (会員の子)	入学祝 (小学校)	入学者氏名	生年月日	
			平成 年 月 日	
	入学祝 (中学校)	入学者氏名	小学校名	
			中学校名	
⑦ 祝金 (会員)	結婚祝	フリガナ	婚姻届提出日	
		配偶者氏名	平成 年 月 日	
	出生祝	フリガナ	出生年月日	平成 年 月 日
		出生児氏名	産婦名	
			病院名	
		成人祝	上記のとおり給付事由があったことを証明します。	
還暦祝	平成 年 月 日	事業所名 代表者名	⑱	

*それぞれ、必要な書類等を添付してください。(詳しくは、事務局までお問合せください。)