

共済給付



永年勤続、冠婚葬祭、病気・けがへの保険金の給付など、充実した暮らしのお手伝いをいたします。



慶弔給付

人生の節目にお手伝い

サービス内容

区分	種類	給付事由	給付金額	
祝金	結婚祝金 ※1	会員が結婚したとき	30,000円	
	出産祝金 ※1	会員又は配偶者が出産したとき	20,000円	
	入学祝金 ※1	小学校	会員の子が入学したとき	10,000円
		中学校		10,000円
	在会祝金	5年	会員が連続して在会したとき	5,000円
	勤続祝金	10年	会員が同一企業に連続して勤務したとき	10,000円
20年		20,000円		
30年		30,000円		
死亡保険金 ※5	病気 ※2	71歳未満	100,000円	
		71歳以上	50,000円	
	不慮の事故 ※2	会員本人が死亡したとき	150,000円	
交通事故		250,000円		
弔慰金	配偶者	会員の配偶者が死亡したとき	50,000円	
	子	会員の子及び子の配偶者が死亡したとき	20,000円	
	親(実・継・養・義)	会員及び配偶者の親が死亡(別居も含む)したとき	10,000円	
	住宅災害による同居親族 ※3	火災等・自然災害により同居している親族が死亡したとき	20,000円	
傷病休業保険金 ※5	休業14日以上30日未満	会員がけが・病気で休んだとき	10,000円	
	休業30日以上60日未満		15,000円	
	休業60日以上90日未満		25,000円	
	休業90日以上120日未満		30,000円	
	休業120日以上		40,000円	
後遺障害保険金 ※5	病気による重度障害 ※2	71歳未満	100,000円	
		71歳以上	50,000円	
	不慮の事故による障害 ※2	会員本人の身体障害が残ったとき ※4	150,000円以内	
交通事故による障害		250,000円以内		
住宅災害保険金 ※5	火災等	損害50%以上	300,000円	
		損害30%以上50%未満	210,000円	
		損害20%以上30%未満	150,000円	
		損害20%未満	60,000円	
	自然災害	損害70%以上	90,000円	
		損害20%以上70%未満	45,000円	
		損害20%未満	9,000円	
床上浸水		18,000円		

生活の安定

融資あっ旋

退職金制度

ライフプランセミナー

医療保険

各種相談

子育て支援助成

健康の維持・増進

温浴施設等利用券

家庭常備薬あっ旋

インフルエンザ予防接種助成

新型コロナウイルス感染症に関する助成

人間ドック利用助成

乳がん・子宮がん検診助成

自己啓発・余暇活動の支援

会員証提示割引

契約施設利用券

ディズニー利用券

レストラン利用助成

宿泊利用助成

マリーンズ観戦券

ジェフ観戦券

ローソンチケット

ゆるり・ホームページ掲載チケット

商品券等あっ旋

資格取得講座助成

推奨講座・ツアー助成

共済給付

慶弔給付

還暦・古希祝

- ※1 「入学祝い」及びサービスセンターを退会後3か月以内に結婚・出産された場合の「結婚祝い」「出産祝い」は、サービスセンターが独自に実施する給付金になります。
- ※2 死亡保険金及び後遺障害保険金の「病気」「不慮の事故」について、下表の範囲は保険金給付対象外となります。

死亡原因として	嚥下障害の状態にある者の「食物の吸入または嚥下による気道閉そくまたは窒息」
	飢餓、渇き、自然死(老衰)等
不慮の事故の 免責事由として	故意または重大な過失(自殺含む)
	法令に定められた運転資格を持たないで自動車または原動機付自転車を運転している間
	酒に酔った状態で自動車または原動機付自転車を運転している間
	麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の影響により正常な運転ができないおそれがある状態で自動車または原動機付自転車を運転している間

- ※3 同居親族とは、会員の配偶者(内縁関係を含む)、又は6親等内の血族もしくは3親等内の姻族となります。
- ※4 障害の状態の症状が固定した日より請求ができます。
- ※5 請求書は複写式用紙となります。請求にあたっては、サービスセンターに所定用紙をご請求ください。

● 共済給付事業は、一部の給付項目※1を除き、「一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会(東京都渋谷区代々木2-11-17 略称:全労済協会)」を引受保険団体とする「自治体提携慶弔共済保険」を契約して実施しています。当サービスセンター又は会員が当該保険の被保険者となり、保険金支払の各条件等については、当該保険の普通保険約款及び特約条項の規定によります。

※ 共済給付事業は、「公益財団法人千葉市産業振興財団勤労者福祉サービスセンター共済給付事業実施要綱」に基づき実施しています。
 ※ 「自治体提携慶弔共済保険」の普通保険約款及び特約条項は、全労済協会のホームページをご参照ください。

ご不明点等は、サービスセンターまでお問い合わせください。

サービス資格

会員

サービス利用方法



請求時効

事由発生日より3年。
 退職後3か月以内に結婚・出産された場合は、退職後6か月。

請求時に必要なもの

- 慶弔共済保険金兼給付金請求書(様式1)巻末1参照
- 添付書類(原則として慶弔理由の官公庁証明)

！ 注意点

- 添付書類は、「慶弔共済保険金兼給付金請求書(様式1)」の該当する給付事由欄に記載してある書類を提出してください。
- 「本人死亡・後遺障害保険金」「傷病休業保険金」「住宅災害保険金」の請求書は所定の複写式用紙になります。また、添付書類は所定用紙に記載してある書類を提出してください。
- 死亡保険金及び後遺障害保険金は、事由によっては給付対象外となる場合があります。
- 傷病休業保険金は、病気またはけがによって仕事を休み、その後職場復帰した場合が対象となります。休業中の請求はできません。なお、休業のまま死亡又は退職された場合も対象となります。
- 傷病休業保険金は、出勤簿の休業期間と医師の診断する就労不能期間とが重ならない期間は、給付対象外となります。
- 本人死亡・後遺障害、同一傷病で再び休業した場合など、複雑なケースはサービスセンターにご相談ください。

還暦・古希祝



サービスセンターからの贈り物

満年齢60歳、70歳を迎える会員に対し、還暦・古希のお祝いとして心ばかりの品をお贈りします。

サービス資格

会員

サービス利用方法



慶弔共済保険金兼給付金請求書

令和 年 月 日

事業所番号					事業所名・代表者名 <small>この欄の印はどちらか一方でかまいません</small>	(株) 千葉サービス	代表取締役 千葉 一	印
1	2	3	4	5				
電話番号					043-000-000			

下記の会員について、次の給付事由が発生したので請求します。

会員番号		フリガナ	チバ イチロウ		生年月日
1	2	3	4	氏名	千葉 一郎
				(*)	男 明・大平 50年 9月 26日
電話番号 043-000-000					
住所 〒260-0000 千葉市中央区中央〇-〇-〇					

結婚	配偶者氏名	配偶者生年月日	届出役所名	婚姻届出日	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻受理証明 または <input type="checkbox"/> 戸籍謄本
	フリガナ 千葉 花子	51年 8月 30日	〇〇区役所	〇〇年 4月 20日	

出産	子の氏名	産婦氏名	出産年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 <small>(子の保護者、出生届出済証明のページ)の写し</small> または <input type="checkbox"/> 出生届受理証明書
	フリガナ 千葉 ちはな	千葉 花子	〇〇年 12月 24日	
病院名		〇〇クリニック		

在会	<input checked="" type="checkbox"/> 在会 5年	入会年月日	在会事由確定日	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主の証明書
		〇〇年 6月 1日	〇〇年 5月 末日	

勤続	<input checked="" type="checkbox"/> 勤続10年	就職年月日	勤続事由確定日	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主の証明書
	<input type="checkbox"/> 勤続20年 <input type="checkbox"/> 勤続30年	〇〇年 4月 10日	〇〇年 4月 9日	

死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(死産 か月) <input checked="" type="checkbox"/> 親(実・継・養・義)				<input checked="" type="checkbox"/> 死亡診断書 または <input type="checkbox"/> 除籍記載の戸籍謄本 <input checked="" type="checkbox"/> 別居の場合は死亡者との関係のわかるもの	
	死亡者氏名	死亡年月日	性別	年齢		生活区分
	千葉 太郎	〇〇年 6月 10日	男・女	70歳		同居・別居
	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅災害による同居親族の死亡					
	死亡者氏名	死亡年月日	性別	年齢	住宅災害事故発生日	
	千葉 次郎	〇〇年 1月 20日	男・女	68歳	〇〇年 1月 20日	

入学	子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 入学通知書の写し または <input type="checkbox"/> 学校長の証明 <input type="checkbox"/> 別居の場合は対象者との関係のわかるもの
	千葉 二郎	〇〇年 4月 10日	〇〇〇小学校	〇〇年 5月 1日	
	子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日	
		年 月 日	中学校	年 月 日	

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄	検印	係	受付印

結婚・出産 独自給付金(退会日 年 月 日)
サービスセンター記入欄
 請求金額 円

※捺印もれにご注意ください。

生活の安定

融資あっ旋

退職金制度

ライフプランセミナー

医療保険

各種相談

子育て支援助成

健康の維持・増進

温浴施設等利用券

家庭常備薬あっ旋

インフルエンザ予防接種助成

新型コロナウイルス感染症に関する助成

人間ドック利用助成

乳がん・子宮がん検診助成

自己啓発・余暇活動の支援

会員証提示割引

契約施設利用券

ディズニー利用券

レストラン利用助成

宿泊利用助成

マリーンズ観戦券

ジェフ観戦券

ローソンチケット

ゆるり・ホームページ掲載チケット

商品券等あっ旋

資格取得講座助成

推奨講座・ツアー助成

共済給付

慶弔給付

還暦・古希祝



慶弔共済保険金兼給付金請求書

令和 年 月 日

事業所番号	事業所名・代表者名 <small>この欄の印はどちらか一方でかまいません</small>	(印)
電話番号	- -	

下記の会員について、次の給付事由が発生したので請求します。

会員番号	フリガナ	男・女	生年月日
	氏名		明・大昭・平
		(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	
電話番号	- -	住所	-

結婚	配偶者氏名	フリガナ	配偶者生年月日	届出役所名	婚姻届出日	<input type="checkbox"/> 婚姻受理証明 または <input type="checkbox"/> 戸籍謄本
			年 月 日		年 月 日	

出産	子の氏名	フリガナ	男・女	産婦氏名	出産年月日	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (子の保護者、出生届出済証明のページ)の写し または <input type="checkbox"/> 出生届受理証明書
					年 月 日	
		病院名				

在会	<input type="checkbox"/> 在会 5年	入会年月日	在会事由確定日	<input type="checkbox"/> 事業主の証明書
		年 月 1 日	年 月 末日	

勤続	<input type="checkbox"/> 勤続10年 <input type="checkbox"/> 勤続20年 <input type="checkbox"/> 勤続30年	就職年月日	勤続事由確定日	<input type="checkbox"/> 事業主の証明書
		年 月 日	年 月 日	

死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(死産 か月) <input type="checkbox"/> 親(実・継・養・義)				<input type="checkbox"/> 死亡診断書 または <input type="checkbox"/> 除籍記載の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 別居の場合は死亡者との関係のわかるもの	
	死亡者氏名	死亡年月日	性別	年齢		生活区分
		年 月 日	男・女	歳		同居・別居

死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 住宅災害による同居親族の死亡				<input type="checkbox"/> 死亡診断書 または <input type="checkbox"/> 除籍記載の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住宅災害による死亡理由が証明できるもの <input type="checkbox"/> 死亡者との関係のわかるもの	
	死亡者氏名	死亡年月日	性別	年齢		住宅災害事故発生日
		年 月 日	男・女	歳		年 月 日

入学	小学校	子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日	<input type="checkbox"/> 入学通知書の写し または <input type="checkbox"/> 学校長の証明 <input type="checkbox"/> 別居の場合は対象者との関係のわかるもの
			年 月 日	小学校	年 月 日	
中学校	子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日		
		年 月 日	中学校	年 月 日		

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄	検印	係

結婚・出産 独自給付金(退会日 年 月 日)

請求金額 *金額は記入しないでください。

円

受付印

--

在会・勤続証明書

住 所

氏 名

上記の者は、 年 月 日より

会員として在会

事業に従事

していることを証明いたします。

令和 年 月 日

所 在 地

事業所名

代表者名



