



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
電話番号		住所	

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 type="checkbox"/> 婚姻受理証明 または <input type="checkbox"/> 戸籍謄本
	フリガナ	年 月 日		年 月 日	

出産	子の氏名	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
	フリガナ			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	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	
入学	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

--