

共済会給付金請求書兼給付決定書

事業所 No. _____

江別市勤労者共済会 様

下記の慶弔等の事由が発生しましたので給付金を請求します。
なお、私は下記の者を代理人と定め、慶弔金の受領にかかる一切を委任します。

請求金額	金	36000	円

会員氏名	キョウサイ	タロウ	印
	共済	太郎	

事業主・契約代表者	(住 所)	江別市〇〇町〇〇番地 (電話) 011-381-0000		
	(事業所名)	(株) 共済会		
	(代表者名)	江別 二郎 印		
	<small>※代表者の印は、法人企業の場合は代表取締役の印、個人事業主の場合は代表者の印鑑 (共済契約の印)を押印してください。</small> 上記の事実と相違ないことを証明します。			

上記の金額を受領しました。 平成 年 月 日
印
共済金を現金で受領の場合には、事業主の領収印を押印願います

給付項目	永年勤続	勤続年数	20年 30年 40年		
		当該事業所に初めて就職した日	昭和・平成	年	月 日
	還 暦 祝	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	結婚記念祝金	婚姻年月日	平成	年	月 日 (火災・地震・風水害)
	災害見舞	災害の発生日	平成	年	月 日 (火災・地震・風水害)
	傷病見舞	傷病名	大腿骨骨折		
		傷病による休業期間	①平成 27年 2月 1日～平成 27年 7月 1日 (151日) ②平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日) 合計 151日		
	本人の死亡	受取人の氏名	氏名	印	続柄
	重度障害・後遺障害	症状が固定した日	平成	年	月 日
	結 婚	婚姻年月日	平成	年	月 日
	出 産	出産年月日	平成	年	月 日 (病院名:)
	入 学	入学年月日	平成	年	月 日 (学校名:)
	親族の死亡	死亡年月日	平成	年	月 日
下記の欄には、配偶者名(結婚)、新生児名(出産)、入学児童名(入学)、亡くなられた方の氏名(死亡)をご記入ください。					
フリガナ	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	続柄

振込先	金融機関名	口座名義 (フリガナ)	口座番号
	〇〇 銀行 江別 支店	キョウサイ タロウ 共済 太郎	普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇

共済会決裁欄	理事長	事務局長	事務局	受付年月日	支出命令番号	会員番号
				平成 年 月 日	第 号 ()	851