

共 済 給 付 金 請 求 書

公益財団法人相模原市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

年 月 日

請求者

会員番号										
氏 名										印

次のとおり給付金を請求します。

証明者

事業所名										
電話番号										
事業所代表者氏名										代表者印

次の事由について相違ないことを証明します。

請求金額										円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

事 由

NO.	区 分 (給付金額)	内 容								
1	成 人 (10,000円)	生年月日	年	月	日	満20歳の誕生日が基準日です。				
2	リフレッシュ促進給付金※1 (10,000円)	生年月日	年	月	日	満45歳の誕生日が基準日です。				
3	還 暦※1 (10,000円)	生年月日	年	月	日	満60歳の誕生日が基準日です。				
4	結 婚 (20,000円)	配偶者氏名				婚姻年月日	年	月	日	
5	出 生 (15,000円)	ふりがな 出生児氏名			子の 性別	男・女	生年月日	年	月	日
6	入 学 (10,000円)	入学者氏名				子の 性別	男・女	小学校 ・ 中学校		
		生年月日(子)	年	月	日	4月1日が基準日です。				
7	銀 婚 (10,000円)	配偶者氏名				婚姻年月日	年	月	日	
8	金 婚※1 (10,000円)	配偶者氏名				婚姻年月日	年	月	日	
9	永年勤続※2 (10,000～30,000円)	入社年月日	年	月	日	満15年・満20年・満30年				
10	会員功労※3 (10,000～30,000円)	加入年月日	年	月	日	満10年・満20年・満30年				
11	入 院 (10,000～30,000円)	入院期間	年	月	日～	年	月	日 (日間)		
12	障 害 (20,000～100,000円)	交付年月日	年	月	日	障害の等級	第 級			
13	住宅災害 (10,000～100,000円)	被害年月日	年	月	日	被害状況	全焼 半焼 部分焼 ポヤ			
14	会員及び 家族死亡 (10,000～100,000円)	死亡者氏名				男・女				
		続 柄 (○をつけてください)	本人、実(父・母)、義(父・母)、配偶者、子(長男・長女等)							
		死亡年月日	年	月	日					

添 付 確 認 入 力

- ※1 No.2・3・8は平成30年4月1日以降の事由発生が対象です。
※2 永年勤続祝金は平成22年3月31日以前に加入の方が対象です。
※3 会員功労金は平成22年4月1日以降に加入の方が対象です。

【注意】 ●No.4の事由については、新姓で請求してください。●No.11・12・13については、添付書類が必要です。
●請求期間について 平成30年3月31日までの事由についてNo.1・4・5・6・7・9は事由発生日から6か月、No.11～14は3年
平成30年4月1日以降の事由については事由発生日から全て1年
●1事由1枚でご請求ください。

※ご記入いただいた個人情報、当該給付事業目的以外には利用しません。

〈事務局記入欄〉

届出は郵送または窓口へご提出ください。(FAX不可)

※コピーしてお使いください。

加入年月日									
給付金額						0	0	0	円