

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									

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 ● 1事由1枚でご請求ください。

NO.	区 分 (給付金額)	内 容				
1	成 人 (10,000円)	生 年 月 日	年	月	日	満20歳の誕生日が事由発生日です。
2	リフレッシュ促進給付金 (10,000円)	生 年 月 日	年	月	日	満45歳の誕生日が事由発生日です。
3	還 暦 (10,000円)	生 年 月 日	年	月	日	満60歳の誕生日が事由発生日です。
4	結 婚 (20,000円)	フリガナ 配偶者氏名	婚姻年月日		年 月 日	
5	出 生 (15,000円)	フリガナ 出生児氏名	生 年 月 日		年 月 日	
6	入 学 (10,000円)	入学者氏名	小学校 ・ 中学校			
		生年月日(子)	年	月	日	進学年度の4月1日が事由発生日です。
7	銀 婚 (10,000円)	配偶者氏名	婚姻年月日		年 月 日	
8	金 婚 (10,000円)	配偶者氏名	婚姻年月日		年 月 日	
9	永年勤続 ^{※1} (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 ^{※2} (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 ^{※3} (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 ボヤ
14	会員及び 家族死亡 (10,000～100,000円)	死亡者氏名				
		続 柄 (○をつけてください)	本人、実父母、義父母、配偶者、子等			
		死亡年月日	年	月	日	

添 付	確 認	入 力	※1 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。 ※2 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。 ※3 入院見舞金は退院日が事由発生日です。
-----	-----	-----	---

【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。
 ● 請求期間は事由発生日から1年です。

※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。

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。

〈事務局記入欄〉

加入年月日	.	.
給付金額		0 0 0 円