

# 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、給付金の受領にかかわる一切を委任します。

請求金額	金									円										
	<table border="1"> <tr> <td>会員氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>印</td> </tr> </table>										会員氏名									
会員氏名										印										

事業主・契約代表者	(住所)	(電話)	-	-
	(事業所名)			
	(代表者名)			印
※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。 上記の事実不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			
	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			
		傷病による休業期間	①平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日)		
			②平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日)	合計 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		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
	銀行 信金 支店		普通・当座

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

共済会では、会員から提出された請求書にかかる個人情報や、給付金の支払いの範囲のみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。