（５号様式）

# 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る一切を委任します。

| 請求金額 | 金 | | | | | | | | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 会員氏名 | | | ㊞ |
|---|---|---|---|

| 事業主・契約代表者 | (住　所)　　(電 話)　－　－<br>(事業所名)<br>(代表者名)　㊞<br>※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。 |
|---|---|

上記の金額を受領しました。
年　月　日
㊞
給付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 | １０年　２０年　３０年　４０年 |
| | | 当該事業所に初めて就職した日 | 年　月　日 |
| | 還暦祝 | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 結婚記念祝 | 婚姻届年月日 | 年　月　日　(銀婚　ルビー婚　金婚) |
| | 結婚祝 | 婚姻届年月日 | 年　月　日 |
| | 出生祝 | 出生年月日 | 年　月　日 (病院名：　) |
| | 入学祝 | 入学年月日 | 年　月　日 (学校名：　) |
| | 下記の欄には、配偶者名(結婚)、新生児名（出生)、入学児童名（入学）をご記入ください。 | | |
| | 氏名 | | 生年月日　年　月　日　続柄 |
| | 災害見舞 | 災害の発生日 | 年　月　日 (火災等・自然災害) |
| | 傷病見舞 | 傷病名 | |
| | | 傷病による休業期間 | ①　年　月　日～　年　月　日 (　日)<br>②　年　月　日～　年　月　日 (　日)<br>合計　日 |
| | 本人の死亡 | 受取人の氏名 | 氏名　㊞　続柄 |
| | 重度障害・後遺障害 | | 症状が固定した日　年　月　日 |
| | 親族の死亡 | 氏名 | (続柄　)　死亡年月日　年　月　日 |

| 振込先 | 金融機関名 | 口座名義 | | 口座番号 |
|---|---|---|---|---|
| | 銀行<br>信金　支店 | | 普通<br>・<br>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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 年　月　日 | 第　号<br>(　.　.　) | 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は、給付金の支払いの範囲にのみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。