

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	¥	1	2	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---	---	---	---

会員氏名	エベツ	ハナコ	(印)
	江別	花子	

事業主・契約代表者	(住所)	江別市00町00番地	(電話)	011-xxx-xxx
	(事業所名)	(株)江別		
	(代表者名)	北海 太郎		

※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

(印)

給付金を現金で受領の

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	R3	年	12	月	1	日 (病院名: 〇〇産院)			
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(出産)、入学児童名(入学)をご記入ください。										
氏名	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)
		②	年	月	日	~	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	年	月	日						
親族の死亡	氏名				死亡年月日	年	月	日		
		(続柄)								
振込先	金融機関名	口座名義		口座番号						
	〇〇銀行 信金 江別支店	ホウカ 太郎 北海 太郎		普通	〇〇〇〇〇〇〇〇					
			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 (. .)	851