

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。

本人印

請求金額	金	¥10000	円
------	---	--------	---

会員氏名	エバツ	ハナコ	本人印 印
	江別	花子	

事業主・契約代表者	(住所)	江別市〇条〇丁目	(電話)	xxx-xxxx-xxxx
	(事業所名)	(株)江別工業	会社印	
	(代表者名)	代表取締役 江別太郎	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			
	還暦祝	当該事業所に初めて就職した日	年	月	日				
	結婚記念祝	生年月日	36	12	1				
	結婚祝	婚姻届年月日	年	月	日	(銀婚 ルビー婚 金婚)			
	出生祝	婚姻届年月日	年	月	日				
	入学祝	出生年月日	年	月	日	(病院名:)			
		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	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	(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					
	〇〇銀行 〇〇支店	江別太郎		普通当座	〇〇〇〇〇〇〇〇				

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

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、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。