




コピーしてご使用ください。
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

慶弔共済給付請求書兼証明書 (兼変更届)

公益財団法人
長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号

下記のとおり給付事由が発生したので、公益財団法人長岡市勤労者福祉サービスセンター慶弔給付規程に基づき、給付金を請求しそれに伴い下記の事項を変更します。

[変更前] フリガナ 会員氏名 (請求者) 
[変更後] (フリガナ) (氏名) { }

請求金額 円

記


| 事由(該当に○印) | 給付金額 | 内 容 (*は登録内容を追加・変更します。) | | | | 必要書類 |
|--------------|--------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| 結 婚 | 20,000円 | (婚姻届出日) 年 月 日 | | | | |
| | | * (新住所) 〒 TEL () - | | | | |
| | | *同居しなくなった家族 | 同居することになった家族 | | | |
| | | 氏 名 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 性別 | |
| 出 産 | 10,000円 | * 出生児氏名 | * (続柄) | | | |
| | | * 出生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | | 病院名・ 病院所在地・ 電話 | TEL () - | | | |
| 住宅災害 | 居住家屋の 火災等 居住家屋の 自然災害等 | 災害の種類 | 火災・その他災害 () | 損害の程度 | | り災証明書 |
| 傷病見舞 | 14日以上 30日未満 の休業 | 5,000円 | 受傷日 | 年 月 日 | 休業期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | | | 発病日 | 年 月 日 | | |
| | | | 初診日 | 年 月 日 | | |
| | 30日以上 の休業 | 10,000円 | 原因傷病名 | TEL () - | | |
| 会員・ 家族の死亡 | 会 員 | 30,000円 | 会員と請求者の続柄 | | 傷病名(会員のみ記入) | |
| | 配偶者 | 15,000円 | 原 因(会員のみ記入) | | | |
| | 親・子 | 10,000円 | * 死亡者氏名 | 死亡年月日 | | |
| | | | 性別・年齢 | 男・女 (歳) (死産 ヶ月) | 会員との続柄 本人・夫・妻・親・子 | |

- 給付金は、登録してある口座に振り込みます。
- 給付事由の発生した日からすみやかに請求してください。

- 成人・入学・勤続・銀婚・還暦祝金の支給は、コンピュータ抽出となりますので、請求書は不要です。
- 本書の他にサービスセンターが指定する書類を提出していただく場合があります。
(注)ボールペンで記入してください。

[事業主証明書]
年 月 日

事業所名

代表者名 

| | |
|-------|------|
| 振 込 日 | 入力済印 |
| 年 月 日 | |

受 付 印