

**【分会慶弔(けいちょう)共済】
給付請求書兼 給付事由証明書**

福祉保育労共済会 御中

給付申請日	20 年 月 日
-------	----------

下記のとおり給付事由が発生しましたので、必要書類を添えて給付を請求します。

共済会名	担当者名	連絡先電話
------	------	-------

※給付事由が発生した方について記入してください。

共済会 コード	組合員 番号	氏名	(旧姓)	⑨	給付種目 該当する給付事由・項目に○をつけ、必要事項を記入してください。	共済金額	添付 書類
<input type="checkbox"/>					結婚 結婚年月日 20 年 月 日 配偶者名	10,000円	
<input type="checkbox"/>					銀婚 結婚年月日 19 年 月 日 配偶者名	10,000円	
<input type="checkbox"/>					出生 出生年月日 20 年 月 日 出生児名	5,000円	
<input type="checkbox"/>					小学校入学 入学年月日 20 年 月 日 児童名	5,000円	
<input type="checkbox"/>					中学校入学 入学年月日 20 年 月 日 生徒名	10,000円	
<input type="checkbox"/>					退職餞別 加入(3~4年) 退職年月日 20 年 月 日 共済加入年月日 年 月 1日	2,000円	退職 証明 書
<input type="checkbox"/>					退職餞別 加入(5~14年) 退職年月日 20 年 月 日 共済加入年月日 年 月 1日	5,000円	
<input type="checkbox"/>					退職餞別 加入(15年以上) 退職年月日 20 年 月 日 共済加入年月日 年 月 1日	10,000円	
<input type="checkbox"/>					弔慰金 (本人死亡) 死亡年月日 20 年 月 日 亡くなった方のお名前 (満 歳) (男・女)	30,000円	
<input type="checkbox"/>					弔慰金 (親族死亡) 死亡年月日 20 年 月 日 亡くなった方のお名前 (満 歳) (男・女) 続柄 (右の中から○で囲んでください) ① () 加入者の配偶者 ② () 子ども(養子、継子も可) ③ () 実父母 ④ () 義父母で同一生計にあるもの ⑤ () 同居の兄弟姉妹	5,000円	
<input type="checkbox"/>					お見舞い 休業(10~29日) (休業期間) 年 月 日~ 年 月 日 (日間) ・病気 ・ケガ ・不慮の事故 ・交通事故 ・その他 連続休業のみ。	5,000円	休業 証明 書
<input type="checkbox"/>					お見舞い 休業(30日以上) (休業期間) 年 月 日~ 年 月 日 (日間) ・病気 ・ケガ ・不慮の事故 ・交通事故 ・その他 連続休業のみ。	10,000円	

※お見舞いの対象となる休業は、「医師の指示による休業」です。
且・祝日が含まれても、年次有給休暇を取得しての休業でも給付の対象です。
※休業の給付は、同一の疾病理由である場合、1共済期間(7月~翌年6月)で1回までです。

共済金合計額	円
---------------	----------

上記の通り給付事由のあったことを証明します。
年 月 日

分会名

分会代表者名

⑨

受付日	入力日	本部給付決定日	給付決定 担当者	給付決定 役員	本部給付決定番号