

給付金請求書兼証明書

(公財)燕西蒲勤労者福祉サービスセンター 御中

【平成30年4月1日事由発生よりご利用ください。】

請求日 平成 年 月 日

事業所名

会員番号

事業主名



会員氏名

- 下記事由のあったことを証明し、(公財)燕西蒲勤労者福祉サービスセンター給付金規程に基づき、給付金を請求します。
- なお、貴会が必要と判断した場合、医師等への問い合わせを承諾します。
- 該当欄に〇印を付けて、「必要記載事項」欄を記入し、添付書類が必要なものは一緒に添付してください。
- 本契約に関する個人情報、共済契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意いたします。

給付金項目		該当欄に〇印	給付金額	必要記載事項				
結婚祝金			10,000 円	配偶者氏名	結婚年月日	平成 年 月 日		
銀婚祝金			10,000 円	結婚年月日	昭和・平成 年 月 日			
出産祝金	第1子		10,000 円	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日		
	第2子		20,000 円		続柄			
	第3子以降		30,000 円					
入学祝金			5,000 円	入学者氏名	入学年月日	平成 年 月 日		
成人祝金			10,000 円	生年月日	平成 年 月 日			
新築祝金			10,000 円	新築年月日	平成 年 月 日			
永年勤続祝金	勤続 10年		5,000 円	入社年月日	昭和・平成 年 月 日			
	勤続 15年		5,000 円					
	勤続 20年		5,000 円					
	勤続 25年		5,000 円					
	勤続 30年		5,000 円					
	勤続 35年		5,000 円					
傷病見舞金	休業14日～29日		5,000 円	休業間	平成 年 月 日から	医療機関名		
	休業30日～59日		10,000 円		平成 年 月 日まで	傷病名		
	休業60日～89日		15,000 円					
	休業90日～119日		20,000 円					
	休業120日以上		25,000 円					
死亡弔慰金	会員本人	疾病による	65歳未満	50,000 円	死亡会員氏名	死亡年月日	平成 年 月 日	
			65歳以上	25,000 円				
		不慮の事故による		50,000 円		請求者氏名		
		交通事故による		150,000 円				
	家族	配偶者死亡		20,000 円		死亡家族氏名	死亡年月日	平成 年 月 日
		子の死亡		10,000 円				
親の死亡		5,000 円	続柄					
見舞金	会員本人	疾病による	65歳未満	50,000 円	障害の症状	症状の固定日	平成 年 月 日	
			65歳以上	25,000 円				
		不慮の事故による		50,000 円				
		交通事故による		150,000 円				
後遺障害見舞金	会員本人	不慮の事故		障害の症状	症状の固定日	平成 年 月 日		
		交通事故					2,000円～45,000円 6,000円～135,000円	
住宅災害見舞金	火災等	損害の程度	50%以上	100,000 円	災害の種類	該当事項に〇を付して下さい。 1. 火災 2. その他 ()	災害発生日	平成 年 月 日
			30%以上50%未満	70,000 円				
			20%以上30%未満	50,000 円				
			20%未満	20,000 円				
	自然災害等	損害の程度	70%以上	30,000 円	災害の種類	該当事項に〇を付して下さい。 1. 災害の種類 () 2. 床上浸水	災害発生日	平成 年 月 日
			20%以上70%未満	15,000 円				
20%未満			3,000 円					
同居家族の死亡			10,000 円	死亡者氏名	死亡年月日	平成 年 月 日		

*裏面記載の添付書類を必ず併せてお送りください。

【給付金請求の受付はFAX：0256-61-1431で受付いたします。】