

# 給付金請求書兼証明書

請求日 平成 年 月 日

(公財)燕西蒲勤労者福祉サービスセンター 様

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○印を付けて、「必要記載事項」欄を記入して下さい。なお、添付書類が必要なものは一緒に添付して下さい。
- ・ 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のみに利用されることに同意します。

給付金項目		該当欄に○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				
傷病見舞金	休業14日～29日		5,000円	休業期間	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	100,000円	死亡会員氏名	死亡年月日	平成 年 月 日	
		疾病による 65歳以上	50,000円		請求者氏名		
		不慮の事故による	150,000円				
	交通事故による	250,000円	死亡家族氏名		死亡年月日	平成 年 月 日	
	配偶者死亡	20,000円			続柄		
子の死亡	10,000円						
親の死亡	5,000円						
重度障害見舞金	会員本人	疾病による 65歳未満	100,000円	障害の症状	症状の固定日	平成 年 月 日	
		疾病による 65歳以上	50,000円				
		不慮の事故による	150,000円				
		交通事故による	250,000円				
見舞金(後遺障害)	畜犬	不慮の事故	6,000円～135,000円	障害の症状	症状の固定日	平成 年 月 日	
		交通事故	10,000円～225,000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○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	損害の程度	70%以上	30,000円	災害の種類	該当事項に○を付して下さい。 1. 災害の種類 ( ) 2. 床上浸水	災害発生日
20%以上70%未満			15,000円				
20%未満			3,000円				
		床上浸水	6,000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。