|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全福ネット慶弔共済

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請番号 |  |  |  |  |

 |
| 慶弔給付金申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

(公財)駿東勤労者福祉サービスセンター理事長 様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  | ― |  |  |  |
| 氏　　名 |  | ㊞ |

下記のとおり共済事由が発生しましたので、共済金の給付を申請します。記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給付金額 |  | 円 |

共済事由(該当する事由のところに〇印を記入してください。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 成人 |  | 還暦 |  | 銀婚 |  | 珊瑚婚 |  | 金婚 |
|  | 勤続満10年 |  | 勤続満20年 |  | 勤続満25年 |  | 勤続満30年 |
| 上記共済事由の発生年月日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 結　　婚 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 結婚年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 新氏名 |  | (入籍日) |
| ※住所・同居家族の変更がある場合は変更届の提出をお願いいたします。 |
| 子の出生 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 男 | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 |
| 氏名 |  | 女 | 続柄 |  |
|  |
| 子の小学校入学 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
|  |
| 傷病見舞金 | 傷病名 |  |
| 休業期間 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | までの |  | 日間 |
|  |
| 後遺障害保険金 | 障害理由 |  | 障害発生年月日 |
| 障害の状況 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |
| 死亡保険金 | 死亡者氏名 |  | 死亡年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 会員との続柄 | [ ] 本人　　[ ] 配偶者　　[ ] 子　　[ ] 親 |
|  |
| 住宅災害保険金 | [ ] 火災　　　[ ] 自然災害 | 死亡者氏　名 |  |
| 災害発生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

上記のとおり共済事由があったことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  | ㊞ |

 |
| 給付金( |  | 円)を領収しました。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

**FAX不可**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 給付 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ㊞ |

**※口座振り込みを希望の方は、上記領収書に記入捺印の必要はありません。**