

葛飾区中小企業勤労者福利共済会理事長 あて

葛飾区中小企業勤労者福利共済会給付規定に基づき
下記のとおり、給付金を請求します。

| | | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 |
|------|--|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|---------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 請求者 | 会員番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | - | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 住 所 | 葛 飾 区 青 戸 7 - 2 - 1 | | | | | | | | | |
| | 会員氏名 | 葛 飾 健 太 郎 | | | | | | | | | |
| | 日中連絡先 | ☎ | 0 3 (3 8 3 8) 5 5 5 2 | | | | | | | | |
| 会員死亡時の請求者氏名 | | | | | | | | | | | 実印 |
| 会員との続柄 | | | | | | | | | | | |



上記給付金を下記口座に振り込んでください。

※窓口にお越しの際は、必ず会員証・通帳・印鑑をご持参ください。

| | | | | | | | | |
|------|----------|------|-----------------|----------------|-----|--|--|----------|
| 金融機関 | ゆうちょ銀行以外 | かつしか | 銀行・信用金庫 信用組合 | 本・支店名 | 青 戸 | | | 本店 支店 |
| | ゆうちょ銀行 | | | 店 番 (3桁の数字) | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|------|---|---|---|---|---|----------|-----------|-----------|
| 口座種類 | 口座番号 | | | | | | フリガナ(必須) | 加 納 ケ タ 郎 | |
| 普通 当座 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 口座名義人 | 葛 飾 健 太 郎 |

該当するものに○印をつけて、必要事項を記入してください。

※証明書類を添付してご請求ください。

| | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------|---|---|--------|----------------|---|---|---|
| 祝金 | ①結婚 ②銀婚 ③金婚 | フリガナ 配偶者氏名 | | 婚姻届出日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | ④出産 | フリガナ 出生児氏名 | | 出生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑤入学(小・中学校) | フリガナ 入学者氏名 | | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑥二十歳(会員・子) ⑦古希 | フリガナ 対象者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 見舞金 | ①入院 | ①14日以上 ②30日以上 ③60日以上 | 令和 5 年 3 月 1 日から 令和 5 年 3 月 17 日まで(17日間) | 傷病名 | 単純骨折 | | | |
| | ②障害 | 1級・2級・3級・4級・5級・6級 | | 病院名 | テクノ整形外科病院 | | | |
| | ③住宅 | ①全焼・全壊(70%以上) ②半焼・半壊(20%以上70%未満) ③一部焼・一部壊(20%未満) | | 手帳交付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | ④介護 | 要介護者氏名 | | り災日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 弔慰金 | ①会員本人 ②配偶者 ③親(実父母) ④子 | 死亡者氏名 | | 要介護認定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 在会年数 | ①1年以上 ②5年以上 ③10年以上 ④20年以上 ⑤30年以上 | | | | | | |

【事務局使用欄】

| | | | |
|------|-------|----|----|
| 事務局長 | 事務局次長 | 入力 | 受付 |
| | | | |

| | | | | |
|-------|-------------|---|---|---|
| 入会年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 |
| 給付番号 | | | | |

| | |
|-----|--|
| 受付印 | |
|-----|--|