

# 給付金請求書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

葛飾区中小企業勤労者福利共済会給付規定に基づき、下記のとおり請求します。  
葛飾区中小企業勤労者福利共済会理事長あて

会員番号	1	2	3	4	5	-	0	0	0	1
会員氏名	葛飾 ひとみ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">葛飾</span> 印									
自宅住所	葛飾区青戸7-2-1									
日中連絡先	☎	03	(	3838	)	5552				

請求金額		2	0	0	0	0	円
------	--	---	---	---	---	---	---

※会員本人が死亡した場合にご記入ください。	会員との続柄	実印
請求者氏名	( )	

上記給付金を下記の口座に振込んでください。

金融機関 (どちらかに○をお付けください)	○	かつしか <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 信用金庫 信用組合	本・支店名	青戸 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">本店支店</span>						
		ゆうちょ銀行	店番 (3桁の数字)							
口座種類	①普通	口座番号			フリガナ(必須)					
	2.当座	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	カツシカ ヒトミ
										葛飾 ひとみ

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。

祝金	①結婚 ②銀婚 ③金婚	フリガナ 配偶者氏名		婚姻届出 年月日	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 令和	年	月	日
	⑥成人(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2年3月15日から 令和2年4月15日まで(32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	テクプラ総合病院			
	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 年月日	平成 令和	年	月	日
	④介護	要介護者氏名		り災日	平成 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	平成 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	死亡年月日	平成 令和	年	月	日

【事務局使用欄】

事務局長	事務局次長	入力	受付

【入会年月日】

年 月 日

受付印

※証明書類を添付してご請求ください。

※給付金の請求は、事由発生日から6か月以内です。