

## 共済会厚生給付金請求書

年 月 日提出

一般財団法人京都府民間社会福祉施設職員共済会理事長 殿

◇この請求書の記載事項及び添付書類の内容が、請求事実に相違ないことを確認しましたので請求します。

契約者番号	0   3   4   7	事業所番号	0   1		共済会受付印
事業所名	大原野こども園				
所在地	〒 610 - 1131 京都府京都市西京区大原野上羽町318				
請求者 事業主会員(法人) または代理人(管理者等)	園長 榎引 雄一 印				
請求金額	円	ご担当者名	永田裕貴子		

フリガナ 会員氏名 <small>(結婚の場合は改姓後の氏名と印)</small>	印	会 員 号					
遺族受取人氏名 <small>(会員死亡の場合のみ記入)</small>	印	続柄					

\* 該当する番号を【○】で囲んでください。

請求種別		請求事由の発生日/期間			必要事項を記入してください			
結婚祝金	1	在会中の結婚	20 年 月 日			4: 配偶者出産の場合のみ、ご記入ください。		
出産祝金	3	会 員				20 年 月 日 から 20 年 月 日 の間		
	4	配偶者出産	死亡年月日 20 年 月 日					
傷病見舞金	5	傷病による 実休務期間				死亡者の氏名(会員死亡は不要)		
死亡弔慰金	6	会 員						
	7	配 偶 者						
	8	実(養)子	会員の住所					
災害見舞金	15	会員の 居住する 住居等						

◇請求に必要な添付書類(コピー可)

結婚祝金	・結婚式の案内状等 ・婚姻届受理証明書など公的証明	死亡弔慰金	会 員	・戸籍謄本と死亡診断書	
出産祝金	・母子健康手帳の1P目等 ・出産証明書等、医師の証明	災害見舞金	会員以外	・会葬案内又は死亡を証明する書類 (要: 死亡者氏名の記載)	
傷病見舞金	・医師の診断書等			・罹災証明書又は公的な証明等	
			決 定	審 査	担 当