

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、請求事実と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 3	共済会受付印
事業所名	もずめこども園			
所在地	〒 617-0001 京都府向日市物集女町南条65			
請求者 事業主会員(法人) または代理人(管理者等)	園長 山口美紀 印			
請求金額	円	ご担当者名	山口美紀	

フリガナ 会員氏名 (結婚の場合は改姓後の氏名と印)	印	会員 番号						
遺族受取人氏名 (会員死亡の場合のみ記入)	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		配偶者(妻)の氏名
	4	配偶者出産		
傷病見舞金	5	傷病による 実休務期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日 の間	傷病名
死亡弔慰金	6	会 員	死亡年月日	死亡者の氏名(会員死亡は不要)
	7	配 偶 者	20 年 月 日	
	8	実(養)子		
災害見舞金	15	会 員 の 居 住 す る 住 居 等	罹災年月日 20 年 月 日	会員の住所

◇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		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	災害見舞金	・罹災証明書又は公的な証明等		
			決定	審査	担当