



# 慶弔共済給付請求書兼証明書

平成 年 月 日

事業所番号		事業所名・代表者名 <small>この欄の印はどちらか一方でかまいません</small>		(印)
電話番号		-		(印)

下記の会員について、次の給付事由が発生したので給付の請求をします。

会員番号	フリガナ	男・女	生年月日
	氏名	(印)	昭・大 明・平 年 月 日
電話番号	-	住所	〒 -

会員の傷病休業	<input type="checkbox"/> 14日以上30日未満の休業 (1010305)	受傷日	平成 年 月 日	休業期間		添付書類 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し または <input type="checkbox"/> 休業証明書 <small>※事業主・役員</small>
	<input type="checkbox"/> 30日以上60日未満の休業 (1010306)	発病日	平成 年 月 日	年 月 日から		
	<input type="checkbox"/> 60日以上90日未満の休業 (1010307)	初診日	平成 年 月 日	年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 90日以上120日未満の休業 (1010308)	病院名				
	<input type="checkbox"/> 120日以上休業 (1010309)	所在地				
原因傷病名	電話番号		-	-		

家族の死亡	死亡者氏名	死亡年月日	性別	年齢	生活区分	添付書類 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 または <input type="checkbox"/> 除籍記載の戸籍謄本 <small>※別居の場合は関係のわかるもの</small>
		平成 年 月 日	男・女	歳	1. 同居 2. 別居	
会員との関係	①配偶者 (1010105) ②子(死産 ヶ月) (1010106) ③親(実・継・養・義) (1010107)					

結婚	(2010101) 配偶者氏名	婚姻届出日	配偶者生年月日	届出役所名	添付書類 <input type="checkbox"/> 婚姻受理証明 または <input type="checkbox"/> 戸籍謄本
		年 月 日	年 月 日		

出産	(2010102) 産婦氏名	病院名				添付書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (子の保護者、出生届出済証明のページ)の写し または <input type="checkbox"/> 出生届受理証明書など
	子の氏名	所在地				
	フリガナ	男・女	出産年月日	年 月 日	電話番号	

入学祝金	小学校	(2010103) 子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日	生活区分	添付書類 <input type="checkbox"/> 入学通知書の写し または <input type="checkbox"/> 学校長の証明
			年 月 日	小学校	年 月 日	1. 同居 2. 別居	
	中学校	(202011) 子の氏名	入学年月日	入学学校名	子の生年月日	生活区分	
			年 月 日	中学校	年 月 日	1. 同居 2. 別居	

勤続祝金	<input type="checkbox"/> 勤続10年 (2050101)	就職年月日	勤続事由確定日	添付書類 <input type="checkbox"/> 事業主の証明書
	<input type="checkbox"/> 勤続20年 (2050103)			
	<input type="checkbox"/> 勤続30年 (2050105)			

退会	<input type="checkbox"/> 在会 5年以上10年未満	退会年月日	入会年月日	添付書類 <input type="checkbox"/> 退会届 (会員用)
	<input type="checkbox"/> 在会10年以上	年 月 日	年 月 日	

【サービスセンター事務欄 (以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

請求金額

\*金額は記入しないでください。

円
---

S.C受付印

--