㊟
・1事由につき1枚ご記入ください。(コピーしてご使用ください。)
・会員本人の直筆にてご記入ください。(ボールペン)
・郵送または窓口にてご提出ください。(FAX不可)
・原則、会費引落口座(事業所口座)へお振込みいたします。

1事由につき1枚ご記入ください。
太枠内をご記入ください。(直筆)

記入例

【見舞金・弔慰金(家族の死亡)】給付金請求書兼証明書

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

契約番号	
会員氏名(給付金受取人)	フリガナ ウメモト ハル 梅本 春
会員生年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日

請求日	令和〇 年 〇 月 〇 日
会員番号	0 0 0 0 0 − 0 0 0 0

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンターの事業規則に基づき、下記の通り必要書類を添えて給付の支払を請求いたします。
なお、貴サービスセンターが必要と判断した場合、調査等を行っても異存ありません。

事由			給付額	添付書類(写し)	内容
住宅災害	火災	全焼	500,000	当センターまでお問い合わせください。	給付事由(該当するものに〇を記入): 火災 ・ 自然災害 罹災日時: 令和〇 年 〇 月 〇 日 午前・午後 〇 時 〇 分 頃
		半焼	350,000		
		一部焼	150,000以内		
	自然災害	全壊	150,000		
		半壊	75,000		
		一部壊	15,000		
		床上浸水	30,000以内		
傷病 ※職場復帰後にご請求ください。	14日～29日の休業		10,000	・診断書または退院計画書(傷病名の記載があるもの) ・休業期間中の出勤簿 ※出勤簿の提出が難しい場合は、取引先など「休業していたことを証明できる第三者」から「傷病休業証明書」への記入・押印をいただき提出してください。	給付事由(該当するものに☑を記入): ☑ 14日以上30日未満 / ☐ 30日以上90日未満 / ☐ 90日以上120日未満 / ☐ 120日以上 休業期間: 令和〇 年 〇 月 〇 日 から / 令和〇 年 〇 月 〇 日 まで / 計 〇〇 日間 傷病名: 〇〇病 病院名: 〇〇〇病院 TEL:(0000)00 - 0000
	30日以上89日の休業		20,000		
	90日～119日の休業		30,000		
	120日以上の休業		50,000		
障がい	不慮の事故等		450,000～20,000	当センターまでお問い合わせください。	傷病名: 〇〇病 症状固定日: 令和〇 年 〇 月 〇 日
重度障がい	不慮の事故等		500,000	当センターまでお問い合わせください。	給付事由(該当するものに☑を記入): ☐ 不慮の事故等 / ☑ 病気 傷病名: 〇〇病 症状固定日: 令和〇 年 〇 月 〇 日
	病気		150,000		
家族の死亡	配偶者の死亡		100,000	死亡診断書またはお悔やみ通知書 ※死産の場合、妊娠何か月で亡くなられたのかが分かる書類(死胎火葬許可証など)	会員との続柄(該当するものに☑を記入): ☐ 配偶者 ☐ 子(実・養・義) ☑ 親(実・義・養・継) 家族氏名(フリガナ): フリガナ アカイ ジロウ 赤井 次郎 年齢: 〇〇 歳 死亡日: 令和〇 年 〇 月 〇 日 死産の場合: 妊娠 か月
	親の死亡		10,000		
	子の死亡 ※死産の場合、妊娠7か月以上に限る		50,000		

(注)重度障がい(病気)につきましては、事由発生日が"入会後1年未満の場合"または"年齢が70歳以上の場合"、『半額給付』となります。
給付金の請求は事由発生日から3年を超過する前に請求してください。

請求金額	会員請求金額	請理由
	0000 円	円 1.入会発行日から1年以内

『会員請求金額』に給付額をご記入ください。
(例)親の死亡の場合:10,000円

上記のとおり、給付事由があったことを証明します。
令和〇 年 〇 月 〇 日

事業所名(個人会員の場合は現在の勤務先名): 〇〇株式会社

代表者名(個人会員の場合は会員本人の氏名・押印): 〇〇 〇〇 印

【証明欄について】
①事業所会員の場合
事業所名と代表者名をご記入のうえ、
法務局に登録のある社印を押印してください。
②個人会員の場合
『事業所名』に現在の勤務先名、『代表者名』に
会員氏名(給付金受取人)をご記入のうえ、
個人の認印を押印してください。
※現在、個人会員の新規加入は受け付けておりません。