

注・給付金受取人(法定相続人)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)

【弔慰金(会員本人の死亡)】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		フリガナ	
請求日	年 月 日	死亡した 会員氏名	フリガナ
会員番号	-	会員生年月日	年 月 日

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。

給付金受取人 氏名 (フリガナ)	フリガナ 															
会員と受取人の続柄	該当するものに ○を記入 配偶者(内縁を含まない) / 子 / 孫 父・母 / 祖父・祖母 / 兄弟・姉妹															
給付事由	該当するものに ○を記入 病気 / 不慮の事故等															
死亡日	年 月 日															
傷病名																
添付書類	①病気による死亡の場合 死亡診断書の写し ②不慮の事故等による死亡の場合 事故等の内容により添付書類が異なりますので当センターへお問い合わせください。 ※「退会届」の提出がまだの方は、併せてご提出ください。															
問い合わせ先	担当者氏名: _____ 電話番号: () - _____															
給付金振込先	次の1か2に○を記入してください。															
	1. 現在登録しているサービスセンターの会費振替口座(事業所口座)を希望する															
	2. 上記、給付金受取人(法定相続人)の指定口座を希望する															
	2を選択した場合、下記に口座情報を記入してください。															
	<table border="1"><thead><tr><th>銀行 信用金庫 信用組合</th><th>本店 支店 出張所</th><th>種目</th><th>普通・当座</th></tr></thead><tbody><tr><td>金融機関コード</td><td>店舗コード</td><td colspan="2">口座番号</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>口座名義人 (給付金受取人名義)</td><td colspan="3">フリガナ</td></tr></tbody></table>	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	普通・当座	金融機関コード	店舗コード	口座番号						口座名義人 (給付金受取人名義)	フリガナ	
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	普通・当座													
金融機関コード	店舗コード	口座番号														
口座名義人 (給付金受取人名義)	フリガナ															


(注)病気による死亡につきましては、事由発生日が“入会后1年未満の場合”または“年齢が70歳以上の場合”は『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 円	支払決定額 円	減額理由 1.入会発行日から1年以内 2.会員の年齢が70歳以上
------	-------------	------------	--

上記のとおり、給付事由があったことを証明します。
年 月 日

事業所名
(個人会員の場合は
死亡時の勤務先名)

代表者名
(個人会員の場合は
記入・押印不要)



一般財団法人福島県民共済会 理事長 様
上記請求内容は、当センターにおいても確認しましたので、
貴会との協定に基づき給付金の支払いを請求します。
年 月 日

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 