



- ・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。

【見舞金・弔慰金(家族の死亡)】給付金請求書兼証明書(兼変更届)

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

請求日		年	月	日	契約番号	
会員番号			-		会員氏名 (給付金受取人)	フリガナ
					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。

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	
		半焼	350,000		該当するものに○を記入	
		一部焼	150,000以内		火災・自然災害	
	自然災害	全壊	150,000		罹災日時	
		半壊	75,000		年 月 日	午前・午後 時 分 頃
		一部壊	15,000			
		床上浸水	30,000以内			
傷病 <small>※職場復帰後にご請求ください。</small>	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		
	30日以上89日の休業	20,000		該当するものに☑を記入		
	90日~119日の休業	30,000		<input type="checkbox"/> 14日以上30日未満	休業期間	
	120日以上	50,000		<input type="checkbox"/> 30日以上90日未満 <input type="checkbox"/> 90日以上120日未満 <input type="checkbox"/> 120日以上	年 月 日 から 年 月 日 まで 計 日間	
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	症状固定日 年 月 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	傷病名	
	病気	150,000		該当するものに☑を記入	症状固定日 年 月 日	
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ったのか分かる書類(死胎火葬許可証など)	会員との続柄		
	親の死亡	10,000		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(実・養・義) <input type="checkbox"/> 親(実・義・養・継)	フリガナ	
	子の死亡 ※死産の場合、妊娠7か月以上に限る	50,000		家族氏名(フリガナ)	年齢 歳	
				死亡日	死産の場合 年 月 日 妊娠 か月	

(注)重度障がい(病気)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”、『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	支払決定額	減額理由
	円	円	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
(個人会員の場合は現在の勤務先名)

代表者名
(個人会員の場合は会員本人の氏名・押印)



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

