事務局長	主任	担当	入力

共済給付金申請書(弔慰金・見舞金)及び事業所証明書

稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長　様

下記のとおり共済給付事由が発生したので、事業所の証明を添えて申請いたします。

年　　月　　日

＜会　員＞　　＜事業所の証明＞

事業所番号				

共済給付金額	,000円	事業所名及び代表者名	㊞
会員番号 / 会員氏名	㊞		
事由 発生年月日	年　月　日		

※給付事由１件につき、申請書１枚でお願いします。

＜共済給付＞

共済事由（弔慰・見舞）		給付金額	該当に○	証明内容			
死亡弔慰金	会員	※		氏名		死亡年月日	年　月　日
	配偶者	50,000					年　月　日
	子	10,000					年　月　日
	父母	10,000			実・養 義・継		年　月　日
障害見舞金	障害の程度等による※			後遺障害の内容			
				受傷・発病日	年　月　日	身体障害等級	級
				入院期間	年　月　日 ～	年　月　日	
傷病見舞金	休業日数による※			傷病名		病院名	
				休業期間	年　月　日 ～	年　月　日（　）日間	
				給付済期間	年　月　日 ～	年　月　日（　）日間	
住宅見災害舞金	災害の種類等による※			損害を受けた建物住所			
				事故日	年　月　日	死亡の同居親族氏名	

※は事由により金額が異なります（別途関係書類の提出が必要です。詳しくは事務局にお問い合わせください）

給付方法は、口座振込になります

事務局記載欄

必要書類の確認

◯戸籍(除籍)謄本 / 住民票(写し)　◯死亡診断書/死体検案書(写し)

◯罹災証明書(居住面積と被災面積の記載)　◯修理業者の見積書(写し)

◯その他(

【下記へ金融機関名等を記入してください】

金融機関名	銀行 信金・信組 農協	本店 支店
口座の種類	どちらかに○ 普通・当座	口座番号
口座名義	フリガナ	
電話番号		

事業所番号				—					交付 NO	受付年月日	処理年月日