

事務局長	担当	入力	受付

共済給付金申請書(祝金)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	(印)
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>

※入会年月日: 年 月 日入会

給付事由 (祝金)	該当 に○	給付金額	証 明 内 容			
結 婚 (※)		10,000	配偶者氏名	生年月日	年 月 日	
銀婚(婚姻25年)			婚姻年月日	年 月 日	届出役所 ※結婚時のみ	
出 生 (※)		5,000	子の氏名	男 女	出生年月日	年 月 日
			出生病院	病院名:	所在地:	
小学校入学		5,000	子の氏名	学 校 名	年 月 日生まれ	小学校
中学校入学						中学校
永 年 勤 続	10年	5,000 +記念品	勤続期間	年 月 日入社		
	20年	10,000 +記念品		~		
	30年	20,000 +記念品		年 月 日現在		

※結婚及び出生で会員登録に変更(氏変更・同居家族の追加等)が生じる場合は変更届も提出してください。
 ※永年勤続年数に応じて記念品を贈呈いたします。

受領方法は、窓口で受領または、口座振込のいずれかを指定してください。

<窓口受領の場合>	<口座振込の場合>
稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 様	金融機関名 銀行 信金・信組 農協 本店 支店
上記、共済給付金額を受領しました。	口座の種類 どちらかに○ 普通・当座 口座 番号
(永年勤続対象者のみ) 記念品を受領しました。	口座名義 フリガナ
年 月 日	電話番号
窓口で受領した方の氏名 (印)	

※窓口で受領された本人又は、代理人の氏名、押印をお願いします。

事業所・会員番号	-	交付 NO	受付年月日	処理年月日