

給付金請求書

請求金額						円
公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター給付規程に基づき、上記金額を請求します。 なお、給付金は下記事業所口座へ振り込むようお願いいたします。						
【区分】 該当するものに○をつけてください。						
①結婚祝金 ②出生祝金 ③還暦祝金 ④入学祝金 ⑤結婚記念祝金25年						
⑥永年勤続祝金 (a. 10年 b. 20年 c. 30年) ⑦傷病見舞金 (a. 14日以上 b. 30日以上 c. 60日以上 d. 90日以上 e. 120日以上)						
⑧重度障害見舞金 ⑨住宅災害見舞金 (a. 火災等 b. 自然災害 c. 同居親族死亡)						
⑩死亡弔慰金 (a. 会員の親・配偶者の親 b. 会員の配偶者 c. 会員の子ども d. 会員)						
(あて先) 公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター 理事長						
平成 年 月 日						
会員氏名 (請求者)		⑩		会員番号		

給付事由 (該当する項目にご記入ください。)

結婚・ 結婚 記念	氏名		死亡 弔慰金	死亡者氏名	
	生年月日	昭・平 年 月 日		死亡年月日	平成 年 月 日
	入籍年月日	昭・平 年 月 日		死亡原因・病名	
出生	出生児氏名	(男・女)	重度 障害 見舞金	続 柄	本人・配偶者・子・親
	生年月日	平成 年 月 日		原因・傷病名	
入学	入学者氏名		傷病 見舞金	障害の等級	第 級
	生年月日	平成 年 月 日		症状固定日	平成 年 月 日
	学 校 名	小学校		休業期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日 (日間)
還 暦	生年月日	昭 和 年 月 日	住 宅 災 害 見舞金	休業原因	労働災害・疾病・傷害
	入社年月日	昭・平 年 月 日		傷 病 名	
永 年 勤 続	生年月日	昭・平 年 月 日		災害の種類	
	入社年月日	昭・平 年 月 日		発生年月日	平成 年 月 日
				損害の程度	

*結婚等で変更があった場合に記入してください。
登録内容を変更いたします。

新しい姓	漢字 () フリガナ ()	新会員証送付先…(1. 自宅 2. 勤務先 3. 退会予定のため不要)
新しい住所	〒 -	☎ () -
登録家族 (ガイドブックP.13参照)	1. 配偶者のみ 2. 親等と同居 (→現在の登録と異なる場合は、『変更届』P.13を提出してください。)	

事業主証明および口座振込受諾書

上記の給付請求事項について証明します。また、給付金については当社の下記口座に振り込むことを受諾します。			
事業所名	事業主名		⑩
金融機関名	銀行・信用金庫		本店
	労働金庫		支店
預金種目	1. 普通	口座番号	フリガナ
	2. 当座		口座名義

*会員本人の死亡弔慰金および重度障害・住宅災害見舞金の請求の場合、この他に提出書類がありますので、センターへ事前にお電話ください。

受付印

ご請求は、祝金の場合は、FAXまたは郵送で。死亡弔慰金・見舞金の場合は、原紙を郵送で。

FAX : 076-234-7810