

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。						
【項目】該当するものに○をつけてください。						
①結婚祝金 ②結婚記念祝金25年 ③出生祝金 ④入学祝金 ⑤還暦祝金						
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障害見舞金 ⑨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						
令和			年	月	日	
会員氏名 (請求者)		Ⓜ	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・令 年 月 日
	入籍年月日	平・令 年 月 日		死亡原因・病名	
出生	出生児氏名	(男・女)	障害 見舞金	原因・傷病名	
	生年月日	平・令 年 月 日		障害の等級	第 級
				症状固定日	平・令 年 月 日
入学	入学者氏名		傷病 見舞金	休業期間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日(日間)
	生年月日	平・令 年 月 日		傷病名	
	学校名	小学校		災害の種類	
還暦	生年月日	昭和 年 月 日	災害 見舞金	発生年月日	平・令 年 月 日
				損害の程度	
永年 勤続	入社年月日	昭・平 年 月 日			

*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P2参照)	配偶者を登録します。なお、それ以外の変更がある場合(同居する親の追加等)は、『変更届』(P11)を提出してください。

事業主証明および口座振込受諾書

上記の記入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		Ⓜ
金融機関	銀行 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・障害見舞金・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、センターへ事前にご連絡ください。

受付印

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810