

# 給付金請求書兼証明書

(公財) 燕西蒲勤労者福祉サービスセンター 御中 請求日 令和 年 月 日

事業所名

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業主名

Ⓜ

会員氏名

- ・下記事由のあったことを証明し、(公財)燕西蒲勤労者福祉サービスセンター給付金規程に基づき、給付金を請求します。なお、貴会が必要と判断した場合、医師等への問い合わせを承諾します。
- ・該当欄に○印を付けて、「必要記載事項」欄を記入してください。なお、添付書類が必要なものは一緒に添付してください。
- ・本契約に関する個人情報、共済契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに

給付金項目		該当欄に○印	給付金額	必要記載事項					
結婚祝金			10,000円	配偶者氏名		結婚年月日	令和 年 月 日		
銀婚祝金			10,000円	結婚年月日	平成 年 月 日				
出産祝金	第1子 (令和4年3月31日生まで)		10,000円	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日		
	第1子 (令和4年4月1日生以降)		20,000円						
	第2子		20,000円			続柄			
	第3子以降		30,000円						
入学祝金			5,000円	入学者氏名		入学年月日	令和 年 月 日		
二十歳祝金			10,000円	生年月日	平成 年 月 日				
新築祝金			10,000円	新築年月日	令和 年 月 日				
永年勤続祝金	勤続 10年		5,000円	入社年月日	昭和・平成 年 月 日				
	勤続 15年		5,000円						
	勤続 20年		5,000円						
	勤続 25年		5,000円						
	勤続 30年		5,000円						
	勤続 35年		5,000円						
	勤続 40年		5,000円						
傷病見舞金	休業14日～29日		5,000円	休業期間	令和 年 月 日から	医療機関名			
	休業30日～59日		10,000円						
	休業60日～89日		15,000円		令和 年 月 日まで	傷病名			
	休業90日～119日		20,000円						
	休業120日以上		25,000円						
死亡弔慰金	会員本人	疾病による	65歳未満		死亡会員氏名	死亡年月日	令和 年 月 日		
			65歳以上					25,000円	
		不慮の事故による						50,000円	
		交通事故による						150,000円	
	家族	配偶者死亡				20,000円	死亡家族氏名	死亡年月日	令和 年 月 日
		子の死亡				10,000円			
親の死亡			5,000円	続柄					
重度障害見舞金	会員本人	疾病による	65歳未満		障害の症状	症状の固定日	令和 年 月 日		
			65歳以上					25,000円	
		不慮の事故による						50,000円	
		交通事故による						150,000円	
後遺障害見舞金	会員本人	不慮の事故			障害の症状	症状の固定日	令和 年 月 日		
		交通事故						2,000円～45,000円 6,000円～135,000円	
住宅災害見舞金	火災等	損害の程度	50%以上		災害の種類	該当事項に○を付して下さい。 1. 火災 2. その他 ( )	災害発生日	令和 年 月 日	
			30%以上50%未満						100,000円
			20%以上30%未満						70,000円
			20%未満						50,000円
	自然災害等	損害の程度	70%以上		災害の種類	該当事項に○を付して下さい。 1. 災害の種類 ( ) 2. 床上浸水	災害発生日	令和 年 月 日	
			20%以上70%未満						30,000円
			20%未満						15,000円
同居家族の死亡			6,000円	死亡者氏名		死亡年月日	令和 年 月 日		

\*ガイドブック4・5P記載内容の添付書類を必ず併せてお送りください。