

太枠の中をご記入ください

給付金請求書

一般社団法人文京区勤労者共済会会長 殿

請求金額	十	万	千	百	十	円

一般社団法人文京区勤労者共済会給付規程に基づき上記給付金を請求します（該当するものに○をつけてください）。

1	死亡弔慰金	2	障害見舞金	3	入院見舞金	4	住宅災害見舞金	5	結婚祝金
6	銀婚祝金	7	金婚祝金	8	出産祝金	9	小・中進学祝金	10	成人祝

会員番号

				—			
--	--	--	--	---	--	--	--

事業所名

（会員死亡の場合は請求者氏名）

請求者氏名

会員氏名

会員住所

会員電話番号

銀行振込依頼

上記給付金の受領について、下記の口座に振込んでください。

* 口座名義は会員氏名と同一のこと。会員死亡の場合は、請求者の口座名義

銀行名	銀行・信用金庫 信用組合	支店番号			フリガナ	
		支店			口座名義	
口座番号	普・当					

※給付金請求期間は、給付事由の発生した日から1年以内です。

※事由1件につき1枚ご記入ください。

入 会
年 月 日

事務局長	事務局次長	確認	担当	会員証確認	受付印	

裏面の給付内容をご記入ください

給 付 内 容

(注)該当する項目のみ記入してください

給付事由	内 容				添付書類			
死 亡 弔 慰 金	死亡者氏名				会員死亡 配偶者死亡 親死亡 子死亡	受取人と死亡した人の関係が証明できる戸籍謄本 (死亡記載のあるもの) ※入院中に死亡した場合、入院見舞金の請求は不可		
	生年月日	年	月	日生 (歳)				
	死亡年月日	年	月	日				
	続 柄 (個別会員からみた続柄)	本人(請求者続柄:)・配偶者 子(流産 か月)・父・母						
障 害 見 舞 金	生年月日	年	月	日 (歳)	身体障害者手帳(1～3等級がわかるもの)			
	手帳取得日	年	月	日			障害等級	級
入 院 見 舞 金	入院期間	年	月	日～ 年	月	日(日間)	医療機関の領収書等、連続した入院期間がわかるもの ※退院後に請求	
	疾 病 名							
	病 院 名							
住宅災害 見 舞 金	災害の種類	発生日			年	月	日	り災証明書等公的機関が発行する証明書 ※1世帯1件の支給
	損害の程度							
結 婚 銀 婚 金 婚	フリガナ	男	婚 姻	年	月	日	戸籍謄本 〔結婚の場合〕 婚姻受理証明書でも可	
	配偶者氏名	女	年	月	日			
出 産	フリガナ						第1子・第2子 母子健康手帳の出生届出済証明書など 第3子以降 第何子か確認できる戸籍謄本	
	出生児氏名							
	続 柄				第	子		
	生年月日	年	月	日				
就 学 小 学 校 中 学 校	フリガナ						就学通知書または子の健康保険被保険者証、住民票など ※子どもの年齢及び個別会員との関係がわかるもの	
	就学者氏名							
	生年月日	年	月	日	続 柄			
	学 校 名				小 学 校	中 学 校		
成 人	生年月日	年	月	日	年齢を確認できるもの (運転免許証、健康保険被保険者証など)			

※ 戸籍謄本等は事由発生以降に取得したもの。

※ 健康保険被保険者証の写しを添付する場合は、被保険者等記号・番号を隠したものを提出のこと。