

(5号様式)

# 共済会給付金請求書兼給付決定書

事業所 No. \_\_\_\_\_

江別市勤労者共済会 様

下記の慶弔等の事由が発生しましたので給付金を請求します。  
なお、私は下記の者を代理人と定め、慶弔金の受領にかかる一切を委任します。

請求金額	金	20000	円	会員氏名	キョウサイ	ハナコ	①
					共済	花子	

事業主・契約代表者	(住所)	江別市〇〇町〇〇番地 (電話) 011-381-0000	
	(事業所名)	(株) 共済会	
	(代表者名)	江別	二郎
<small>※代表者の印は、法人企業の場合は代表取締役の印、個人事業主の場合は代表者の印鑑(共済契約の印)を押印してください。</small> 上記の事実相違ないことを証明します。			

上記の金額を受領しました。  
平成 年 月 日

①

共済金を現金で受領の場合には事業主の領収印を押印願います

給付項目	永年勤続	勤続年数	20年	30年	40年		
	還暦祝	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	結婚記念祝金	婚姻年月日	昭和・平成 年 月 日				
	災害見舞	災害の発生日	平成 年 月 日 (火災・地震・風水害)				
	傷病見舞	傷病名					
		傷病による休業期間	①平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( ) ②平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( ) 合計 日				
	本人の死亡	受取人の氏名	氏名	①		続柄	
	重度障害・後遺障害	症状が固定した日	平成 年 月 日				
	結婚	婚姻年月日	平成 27年 10月 / 日				
	出産	出産年月日	平成 年 月 日(病院名: )				
入学	入学年月日	平成 年 月 日(学校名: )					
親族の死亡	死亡年月日	平成 年 月 日					
下記の欄には、配偶者名(結婚)、新生児名(出産)、入学児童名(入学)、亡くなられた方の氏名(死亡)をご記入ください。							
フリガナ	キョウサイ	ハナオ	生年月日	明大昭	/ 年 / 月 / 日	続柄	夫
氏名	共済	花男		①			

振込先	金融機関名	口座名義(フリガナ)	口座番号
	〇〇 銀行 江別 支店	キョウサイ ハナコ 共済 花子	① 普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇

共済会決裁欄	理事長	事務局長	事務局	受付年月日	支出命令番号	会員番号
				平成 年 月 日	第 号 ( )	851