

# 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、給付金の受領にかかわる一切を委任します。

請求金額	金								円	会員氏名				印

事業主・契約代表者	(住所)	(電話)	-	-
	(事業所名)			
	(代表者名)			印
※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。				

上記の金額を受領しました。  
年 月 日

印

給付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	10年	20年	30年	40年					
		当該事業所に初めて就職した日	年	月	日						
	還暦祝	生年月日	年	月	日						
	結婚記念祝	婚姻届年月日	年	月	日	(銀婚 ルビー婚 金婚)					
	結婚祝	婚姻届年月日	年	月	日						
	出生祝	出生年月日	年	月	日	(病院名: )					
	入学祝	入学年月日	年	月	日	(学校名: )					
	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)をご記入ください。										
	氏名		生年月日	年	月	日	続柄				
	災害見舞	災害の発生日	年	月	日	(火災等・自然災害)					
	傷病見舞	傷病名									
		傷病による休業期間	①	年	月	日	～	年	月	日	(日)
			②	年	月	日	～	年	月	日	(日)
			合計					日			
	本人の死亡	受取人の氏名	氏名				印	続柄			
重度障害・後遺障害	症状が固定した日		年	月	日						
親族の死亡	氏名				死亡年月日	年	月	日			
		(続柄)									
振込先	金融機関名		口座名義			口座番号					
	銀行	支店				普通・当座					

決裁欄	専務	事務局長	課長	係	受付年月日	支出命令番号	会員番号
					年 月 日	第 号 ( . . )	851