

- |             |
|-------------|
| 7 死亡弔慰金     |
| 8 傷病見舞金     |
| 9 災害見舞金     |
| 10 人間ドック助成金 |

# 請求書

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

共済会受付印

以下のとおり、給付金を請求いたします。

|                          |  |  |                            |                         |
|--------------------------|--|--|----------------------------|-------------------------|
| 請求者                      | 会員番号                                     | フリガナ   | 加入年月日                      | 共済会受付印                  |
|                          |  | 氏名   | 年 月 日                      |                         |
| 振込先                      | 金融機関名及びコード                               | 支店名及び支店コード   | 普通預金口座番号                   | 口座名義人(請求者本人に限る)<br>フリガナ |
|                          | 銀行<br>信用金庫<br>農協                         | 支店(所)  |                            |                         |
|                          | 銀行等<br>コード                               | 支店(所)<br>コード   |                            |                         |
|                          |  |  |                            | 給付額                     |
| 7 死亡弔慰金                  | 本人                                       | 氏名   | 請求者との続柄                    | 100,000円                |
|                          | 配偶者                                      | 氏名   |                            | 30,000円                 |
|                          | 実父母・養父母及び子                               | 氏名   | 請求者との続柄                    | 20,000円                 |
|                          | 同居の義父母                                   | 氏名   | 請求者との続柄                    | 10,000円                 |
|                          | 死亡年月日                                    | 死因   | 病 気(病名 )<br>その他( )         |                         |
|                          | 年 月 日                                    |  |                            |                         |
| 8 傷病見舞金                  | 病名                                       | 病院名  | 療養期間<br>自 年 月 日<br>至 年 月 日 | 20,000円                 |
| 9 災害見舞金                  | 災害の年月日                                   | 災害の場所  | 災害の程度                      | 該当に○                    |
|                          | 年 月 日                                    |  | 全焼壊                        | 70,000円                 |
|                          | 原因                                       |  | 半焼壊以上                      | 50,000円                 |
|                          |  |  | 半焼壊未満                      | 30,000円                 |
| *災害の程度がわかる関係公署の証明書が必要です。 |  |  |                            |                         |
| 10 人間ドック<br>助成金          | 生年月日                                     | 受診年月日  | 受診料金                       | 10,000円                 |
|                          | 年 月 日                                    | 年 月 日  |                            |                         |
|                          | 受診場所                                     | 30,000円以上の領収証(人間ドックを受診したとわかる)の<br>写しを添付してください。<br>満35歳以上、会員期間1年以上の条件で1回限り請求できます。 |                            |                         |
| 共済契約者<br>又は施設長           | 上記のとおり相違ありません。                           |  |                            | 法人番号                    |
|                          | 住所(所在地)<br>法人名<br>(事業所名)<br>代表者名<br>電話番号 | — —  |                            | 事業所番号                   |

\*FAXで受付けています。(FAX番号 077-524-0441) 印は鮮明に押印をお願いします。

\*お知らせいただいた個人情報、その利用目的の範囲でのみ利用します。

担当者名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_