

- 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

年 月 日

理事長	事務局長	係

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

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 氏名	加入年月日 年 月 日	共済会受付印
		Ⓜ		
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)
	銀行 信用金庫 農協	支店(所) 出張所 代理店		フリガナ
	銀行等 コード	支店(所) コード		
7 死亡弔慰金	本人	氏名	請求者との続柄	給付額 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 年 月 日	死因 病 気(病名) その他()		
8 傷病見舞金	病名	医療機関名	療養期間 自 年 月 日 至 年 月 日	20,000円
9 災害見舞金	災害の年月日 年 月 日	災害の場所	災害の程度(該当の左欄に○を記入)	
	原因		全焼/全壊	70,000円
	*災害の程度がわかる関係公署の証明書が必要です。		半焼/半壊以上	50,000円
10 人間ドック 助成金	生年月日 年 月 日	受診年月日 年 月 日	受診料金	10,000円
	受診機関名		30,000円以上の領収証(人間ドックを受診したとわかる)の 写しを添付してください。 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 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) 法 人 名 (事業所名) 代 表 者 名 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は、その利用目的の範囲でのみ利用します。

担当者名 _____

TEL _____