

①1枚で複数の給付金請求が可能 ②婚姻等により氏名を変更する場合や死亡・退職の場合は、会員証を添付
③会員が死亡した場合の請求者名は、配偶者、子、父母、孫等及び祖父母の順位

兵庫県中小企業
従業員共済事業

給付金請求書

協会
受付

令和2年 4月 1日

(公財)兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

事業所番号

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

事業所名

(公財)兵庫県勤労福祉協会

見
本印

会員番号

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

請求者名

共済 元気

見
本印

給付金を請求します。

給付の種類		請求事項				摘要	
31	<input checked="" type="checkbox"/> 成人祝金	会 員 氏 名 生年月日	平成 12 年 11 月 11 日	性 別	男 ・ 女	※対象になるのは会員本人が成人される場合のみです。	
03	<input checked="" type="checkbox"/> 結婚祝金	婚 姻 日	R2 年 6 月 7 日	配 偶 者 氏 名 フガナ キンロウ ハナコ 勤 労 花 子	生 年 月 日 配 偶 者 昭和 5 年 5 月 5 日 平成	・過去に結婚祝金の支給を受けた場合は、「戸籍記載事項証明書」を添付 ・結婚のため退職するときは、配偶予定者の「同意書」を添付 婚姻後の姓： <u>共済</u>	
04	<input checked="" type="checkbox"/> 出産祝金	出 産 者 氏 名	共済 花子	出 産 日	R2 年 3 月 4 日	出 生 児 氏 名 フガナ サブロウ 男 続柄 三 郎 女 三男	・続柄欄の記入例 「長男」「次男」「長女」「次女」
05	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学祝金	子 の 氏 名	共済 次郎	続 柄 次 男	生 年 月 日	平成 25 年 7 月 7 日	
34	<input checked="" type="checkbox"/> 中学校卒業祝金	子 の 氏 名	共済 一郎	続 柄 長 男	生 年 月 日	平成 17 年 8 月 8 日	
32	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病見舞金	①傷病による欠勤期間30日以上60日未満		R2年 9 月 1 日 ~ R2年 10 月 5 日 (35日間)		・継続して30日以上または60日以上 の欠勤証明を添付(出勤簿・申立書等) ・医師の診断書または、それに相当する 医師の証明書類(写可)を添付	
33		②傷病による欠勤期間60日以上		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
09	<input type="checkbox"/> 労災遺児見舞金	死 亡 者 氏 名		遺 児 氏 名		続 柄	・業務上のものであることについての 労働基準監督署の証明書を添付
		死 亡 年 月 日	年 月 日	請 求 者 名		続 柄	
10	<input type="checkbox"/> 災害見舞金	全焼 ・ 全壊 ・ 流失		災 害 発 生 年 月 日	年 月 日		・市区町長、消防署長または警察署長の 証明書を添付
11		半焼 ・ 半壊 ・ 床上浸水			年 月 日		
12	<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金(本人)	請 求 者 氏 名		続 柄	死 亡 年 月 日	※会員・家族会員登録事項変更 届の添付が必須です。	
13	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡弔慰金(家族)	死 亡 者 氏 名	共済 協子	続 柄 母	死 亡 年 月 日	R 2 年 10 月 10 日	
14						・妊娠4ヶ月以上の異常分娩または、母 体保護法の規定に基づき妊娠4ヶ月以 上の胎児の人工妊娠中絶手術を受けた 場合は医師の証明書を添付 ・義父母においては同居が必要	
15	<input checked="" type="checkbox"/> 勤続報奨金	勤 続 年 数	5・10・15・25・35・40 年		就 職 日	昭和 22 年 11 月 11 日 平成	
20			・「40年」は会員期間4年以上で、かつ 勤続40年に達したとき				
22	<input checked="" type="checkbox"/> 退職餞別金	退 職 年 月 日	R2 年 12 月 12 日			・資格喪失届を添付 ・会員期間4年以上のとき (会員証添付)	
30	<input type="checkbox"/> 会員奨励金	該 当 年 月 日	年 月 日				

(注1) 該当する請求事項(□)にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

(注2) 給付金振込銀行(口座)を変更する場合は『名称等変更届(様式第15号)』を提出してください。

(注3) 給付金の請求期間は、該当してから1年間です。

※