

- 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



平成〇〇年〇月〇日

(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

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会

会員番号

2	9	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---

請求者名

共済 元気

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 平 成 10 年 11 月 11 日 生 年 月 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 平 成 29 年 5 月 10 日 配 偶 者 名 共 済 花 子	配 生 年 月 日 (昭和) 50 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
04 <input checked="" type="checkbox"/> 出産祝金	出 産 者 氏 名 共 済 花 子 出 産 日 平 成 30 年 3 月 30 日	出 生 児 名 刀 加 那 サ ブ ロ ウ (男) 三 郎 (女) 三 男 続 柄	・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 23 年 5 月 5 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 14 年 5 月 5 日	
32 <input 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 平 成 年 月 日 ~ 平 成 年 月 日 (日 間)		・継続して30日以上又は60日以上 の欠勤証明を添付(出勤簿・申立書等) ・医師の診断書又は、それに相当する 医師の証明書類(写可)を添付
33 <input type="checkbox"/> 傷病見舞金	②傷病による欠勤期間60日以上 平 成 年 月 日 ~ 平 成 年 月 日 (日 間)		
09 <input type="checkbox"/> 労災遺児見舞金	死 亡 者 氏 名 死 亡 年 月 日 平 成 年 月 日	遺 児 氏 名 生 年 月 日 平 成 年 月 日 請 求 者 名	・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
10 <input checked="" type="checkbox"/> 災害見舞金	全 焼 ・ 全 壊 ・ 流 失 半 焼 ・ (半壊) ・ 床 上 浸 水	災 害 発 生 年 月 日 平 成 年 月 日	・市区町長、消防署長又は警察署長の 証明書を添付
12 <input type="checkbox"/> 死亡弔慰金(本人)	請 求 者 氏 名	続 柄 死 亡 年 月 日 平 成 年 月 日	・記載事項変更届を添付 ・妊娠4ヶ月以上の異常分娩又は、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
14 <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 平 成 29 年 10 月 10 日	
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) 24 年 11 月 11 日 (平成)	・「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"/> 退職饗別金	退 職 年 月 日 平 成 30 年 3 月 31 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 平 成 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。

※