

給 付 金 申 請 書

F A X 不 可

(財) 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

年 月 日

(財)鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター共済給付事業規程に基づき
の事由により下記の給付金を申請いたします。

※ 給付金申請書は、郵送またはご持参下さい。
(FAX での送付はできません。)

※記入しないでください。

| | | |
|-------|---|---|
| ※ 金 額 | 千 | 円 |
|-------|---|---|

| | | | |
|---------|---|---|---|
| 入会年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 会 員 番 号 | | | |
| | | | |

住 所

氏 名 ㊟

申請者本人以外が給付金を受領する場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状

私は、上記給付金の受領を ㊟ に委任します。

年 月 日

受取人が会員ご本人でない場合、例え親子、夫婦といえども必ず委任状が必要となります。 委任者氏名 ㊟

| | | | | | | | | |
|---------|--|--------------------------|-------|------------|---|--|--|--|
| 口座振替の場合 | 振 込 依 頼 書 | | | | | | | |
| | 上記給付金の受領について、下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | |
| | 氏 名 ㊟ | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 鹿児島銀行 その他の金融機関 () | 支店名 | 本 店 支 店 | | | | |
| 口座の種類 | 普通・当座・貯蓄 | 口座番号 | | | | | | |
| 口座名義 | フリガナ | | 振込手数料 | | ※ | | | |
| | | | 振込金額 | | ※ | | | |

※記入しないでください。

【注】 1. 金融機関名及び本・支店名の記載間違いの場合は、組み戻し手数料が必要となります。

以下は記入しないでください

| | | | |
|--------|---------------|------|--|
| 会費納入状況 | 年 月分 まで納入済 | 担当者印 | |
| データ更新 | 年 月 日 | 担当者印 | |

受 付 印

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 事務局長 | 次 長 | 主 任 | 担 当 |
| | | | |

| | | | | |
|-------------|-----|---|---|-----|
| 全 旁 済 | 決済日 | 年 | 月 | 日 |
| | 申請日 | ※ | 年 | 月 日 |
| | 振込日 | ※ | 年 | 月 日 |
| | 振込日 | | 年 | 月 日 |

裏面もご記入下さい。

※委託共済給付のみ記入する。

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|--------------|--|--------|----------------|----------------|--|--|
| 1 祝 金 | 01 結 婚 | 配偶者氏名 | 年 月 日 | | 婚姻届出 | 年 月 日 | | |
| | 02 銀 婚 (満25年) | 生年月日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | 03 成 人 (満20歳) | 氏 名 | フリガナ | | 生年月日 | | | |
| | 04 還 暦 (満60歳) | 氏 名 | フリガナ | | 生年月日 | | | |
| | 05 出 産 | 出産児氏名 | フリガナ | | 出 生 年 月 日 | | | |
| | 06 入 学 (会員の子の小・中学校) | 入 学 者 氏 名 | フリガナ | | 学 校 名 入学年月日 | 小・中学校 年 月 日 | | |
| | 07 勤続祝金 | 勤続年数 | 満10年 | 満20年 | 満30年 | 満35年 | | |
| | 入社年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 2 死 亡 弔 慰 金 | 01 本 人 | 原因傷病名 | | | 死亡時年齢 | 満 歳 | | |
| | 02 本人不慮の事故 | | | | | | | |
| | 03 本人交通事故 | 死 亡 者 氏 名 | フリガナ | | 死亡年月日 | | | |
| | 04 配 偶 者 | 死 亡 者 | フリガナ | | 死 亡 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | 05 父 母 (実・義・養・継) | 氏 名 | | | 年 月 日 | | | |
| | 06 子 (死産を含む) | 性 別 | 男 ・ 女 | | 生活区分 | 同居 ・ 別居 | | |
| 3 見 舞 金 | 01 本人の障害 | 障害の状態 | | | 症状固定日 | 年 月 日 | | |
| | | | | | 手帳取得日 | 年 月 日 | | |
| | 02 傷 病 | 傷 病 名 | | | | | | |
| | | 休業期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) | | | | | |
| | | 休業日数 | 01…14日以上30日未満 02…30日以上60日未満 03…60日以上90日未満 04…90日以上120日未満 04…120日以上 | | | | | |
| | | 入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | |
| | | 受傷日・発病日 | 年 月 日 | 原因 | | | | |
| | 03 災害見舞金 | 罹 災 日 | 年 月 日 | | | | | |
| 火 災 ・ 自 然 災 害 ・ 同 居 親 族 の 死 亡 | | | | | | | | |
| 同居親族の死亡 | | 氏名 | | 会員との関係 | | | | |

申請に必要な添付書類については、ガイドブックをご確認ください。