

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 6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

会員番号

7 6 5 4 3 2 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 生年月日 | 平成 12年 11月 11日 | | | ※対象は会員本人が成人する場合のみ | |
| 03 <input checked="" type="checkbox"/> 結婚祝金 | 婚姻日 R6年 6月 7日 | 配偶者名 カタガナ キンロウ ハナコ 勤労 花子 | 生年月日 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: 共済 | | |
| 04 <input checked="" type="checkbox"/> 出産祝金 | 出産者氏名 共済 花子 | 出産日 R6年 3月 4日 | 出生児名 カタガナ サプロウ 三郎 | 男・女 | | |
| 05 <input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学祝金 | 子の氏名 共済 次郎 | 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 | 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 | | R6年 9月 1日 ~ R6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 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病見舞金 | ②傷病による欠勤期間60日以上 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | | | |
| 09 <input checked="" type="checkbox"/> 労災遺児見舞金 | 死亡者氏名 | 遺児氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | ・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 checked="" type="checkbox"/> 災害見舞金 | 全焼・半焼 | 全壊・半壊 | 流失・床上浸水 | 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(写可) |
| 12 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡弔慰金(本人) | 死亡者氏名 | 請求者との続柄 | | 死亡年月日 | ・対象家族が未登録の場合は、死亡を証明する書類(写可)を添付(会員・家族登録事項変更届は提出不要) ・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 | |
| 13 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡弔慰金(家族) | 死亡者氏名 | 共済 協子 母 | | 死亡年月日 | | R6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 22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"/> 退職餞別金 | 退職年月日 | R6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 checked="" 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14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。

※