

尼崎市中小企業  
勤労者福祉共済

# 給付申請書

年 月 日

被共済者番号	フリガナ 申請者氏名 (被共済者又は遺族)	遺族の場合は被共済者との続柄

## 給付事由・注意事項

- 申請期間は、事由発生後6ヵ月以内です。・ 次の該当欄に必要な事項を記入してください。(太枠欄記入不要)
- 給付金は、ご登録いただいております事業所の給付金口座に振り込まれます。

結婚祝金	旧 氏 名		配 偶 者 氏 名		婚 姻 年 月 日			チェック
					H			
出産祝金	出 生 児 氏 名		出 年 月 日		続 柄			チェック
			H				第 子	
死 亡 弔 慰 金	死 亡 者 氏 名		死 亡 年 月 日		被共済者との続柄 該当を〇で囲ってください			チェック
			H				本 配 実・養 人 偶 父 親 ・ 母 親 第 ( ) 子	
傷 病 見 舞 金	欠 勤 期 間							チェック
	H							日間
災 害 見 舞 金	災 害 年 月 日		災 害 区 分 該当を〇で囲ってください					チェック
	H							1 全 焼 壊 2 一 部 焼 壊

上記被共済者の給付申請事由は、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

証 明 者 (事業所の代表者)

加入者番号	事業所名・電話番号	代表者・役職名・氏名
	TEL :	

以下記入不要

受付印

**決 裁** 次のとおり支給します。

令和 年 月 日

支給年月日	令 和				
支 給 金 額					

課 長	課長補佐	係 長	主 任	係