

慶弔共済保険金等給付事由発生申告書

(祝金・傷病休業保険金)

令和 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会会長 様

事業所番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名

会員住所

代表者名 印

委員氏名

次のとおり、共済給付事由が発生したので、関係書類を添えて共済保険金等を請求します。
なお、本申告書に係る個人情報が、保険金等の支払いの審査などの業務目的に利用されることに同意します。

祝 金	結 婚	(フリガナ) 配偶者 の氏名	配偶者生年月日 令和 年 月 日生	婚姻届出日 令和 年 月 日
			婚姻届の届出先 ()	市役所・町役場
	出 産	産婦氏名	(フリガナ) 子の 氏名	出産年月日 令和 年 月 日
		病院名		
	就学	子の氏名	入学年月日(入学式の日) 令和 年 月 日	学校名 小学校
		子の氏名	入学年月日(入学式の日) 令和 年 月 日	学校名 中学校
	20歳の祝金	生年月日 平成・令和 年 月 日		
	還 暦	生年月日 昭和 年 月 日		
傷 病 休 業 保 険 金	会員本人の 傷病休業	就職年月日 昭和 年 月 日	勤続事由確定日 令和 年 月 日	
		1 休業14日～29日	受傷日・発病日・初診日 令和 年 月 日	
		2 休業30日～59日	原因傷病名	
		3 休業60日～89日	休業期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		4 休業90日～119日	病院名 (住所)	
		5 休業120日以上		

注) 1 祝金(結婚、出産)については、併せて「会員変更届」の提出をお願いします。

2 傷病休業保険金の請求については、別途「保険金請求書（複写）」及び「休業期間を証明するもの」（出勤簿の写 等）を添付する必要がありますので、詳細は共済会事務局へお問い合わせください。

共済会事務局	決裁者	担当者	受付

整理No