

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)

平成 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)

会員氏名 _____ (印)

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、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	配偶者氏名	配偶者生年月日 年 月 日生	婚姻届出日 年 月 日	
	出 産	産婦氏名	子の氏名	出産年月日 年 月 日	
		病院名			
	就 学	小学校入学	子の氏名	入学年月日 年 月 日	学校名
		中学校入学	子の氏名	入学年月日 年 月 日	学校名
	成 人	生年月日 年 月 日生			
	還 暦	生年月日 年 月 日生			
永年勤続 (30年)	就職年月日 年 月 日	勤続事由確定日 年 月 日			
傷 病 休 業 保 険 金	会 員 本 人 の 傷 病 休 業	1 休業14日～29日	受傷日・発病日・初診日 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 年 月 日から 年 月 日まで		
		4 休業90日～119日	病院名		
		5 休業120日以上	(住所)		

- 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(出勤簿等写)の添付を必要とする場合がありますので、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. _____