

共済金請求書 (見舞金用) (FAX不可)

(公財)松阪市勤労者サービスセンター
理事長 様

下記のとおり、請求します。

会員番号 _____

事業所名 _____

(フリガナ)
会員氏名 _____ 印

提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共済事由	共済金額(円)	内 容
傷病見舞金(※) 14日以上 30日以上 90日以上 120日以上	10,000 15,000 20,000 25,000	休業期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 合計休業日数： _____ 日間 傷病名： _____
障がい見舞金(※)	2,000~ 150,000	障がいの確定日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 障がいの原因： _____
住宅災害見舞金(※)	5,000~	罹災日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被害地住所： _____
家族看護見舞金	10,000	入院期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (連続 _____ 日間) 入院家族氏名： _____ (配偶者・父・母・子)
死亡 弔 慰 金	会 員 (※) 50,000~ 250,000	死亡年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 会 員 氏 名： _____ 死亡時の満年齢： _____ 才 1. 病 気 (_____) 2. 不慮の事故 3. 交通事故 4. そ の 他
	配 偶 者 30,000	死亡年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 配 偶 者 氏 名： _____ (配偶者の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)
	子 35,000	死亡年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 子 の 氏 名： _____ (子の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) 流・死産の場合 (妊娠 _____ か月)
	父 母 10,000	死亡年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (実・義・養・継) 父・母 父 母 氏 名： _____ (父母の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

振 込 先	銀 行 信用金庫 労働金庫		本・支店	種 別	1. 普通 2. 当座
	口座番号		出張所		
			(フリガナ)	-----	
			口座名義	-----	

- (1) 該当する項目に記入してください。また必要書類(P4,5参考)が添付されているかご確認ください。
- (2) 同居家族に変更がある場合は『会員登録カード兼変更届』をあわせて提出してください。
- (※)の共済金の請求には別途『保険金請求書』(4枚複写)が必要です。詳しくはサービスセンターへお問い合わせください。

◎事務局処理欄

事務局長	事務局次長	主幹兼係長	事業係長	事業主任	係	変更届	受付	入力	支払予定日
						有・無 不要			