

☆お申し込みはウェルワークとちぎまで FAX または郵送で

TEL0282(20)5183 FAX0282 (20) 5184 / 〒328-0016 栃木市入舟町 15-5 栃木市役所入舟庁舎

給付金請求書

年 月 日

栃木市勤労者福祉サービスセンター給付規程第13条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

給付 項目		金額	¥	万	千	0	0	円
----------	--	----	---	---	---	---	---	---

栃木市勤労者福祉サービスセンター
理事長 大川 秀子 様

請求者 会員番号 _____
事業所名 _____
会員名 _____

会員死亡による請求者

住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)
電 話 _____

振込依頼書

上記給付金の受領については、事業所の指定口座に振込みをしてください。

会員名 (請求者) _____

給付金請求事由内訳書

給 付 項 目	内 訳
結 婚 祝 金 銀 婚 祝 金	フリガナ 配偶者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 ----- 婚姻届出日 _____ 年 月 日 届出役所 _____
出 産 祝 金	フリガナ _____ 続柄 _____ 出生児氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
入 学 祝 金	フリガナ _____ 学校名 _____ 子の氏名 _____ 入学年月 _____ 年 4月
傷病休業保険金 ^(注4)	傷病名 _____ 休業期間 _____ 日間 受傷・発病日 _____ 年 月 日 _____ 年 月 日から 病院名 _____ 年 月 日まで
疾病死亡等保険金 不慮の事故死亡等 保 険 金 死 亡 弔 慰 金	死亡者名 _____ 男・女 _____ 同居・別居 _____ 会員との関係 本人 ^(注4) 配偶者・子・親 (実・養・義・継) 死 亡 日 _____ 年 月 日 別居時の住所 _____ 届 出 役 所 _____

(注) 1. 該当する項目にご記入ください。

2. 事由の証明となる書類を必ず添付してください。(別表参照)

3. 給付事由発生後1年を過ぎると請求できなくなりますので、お早めに請求してください。

4. 傷病休業保険金及び会員本人死亡に係る保険金の請求は全労済協会指定用紙による請求となるため、栃木市勤労者福祉サービスセンター<ウェルワークとちぎ>に申し出てください。

事務局 確認欄	事務局 局長	係
------------	-----------	---

受付印
