（個人記入用）

高槻市勤労者互助会共済金給付申請書

　　令和　　年　　月　　日

高槻市勤労者互助会会長　様

会員番号

【会員死亡の場合】

請求者氏名　　 　　　　　　 　(印)

会員との続柄

会員住所

会員氏名

事業所名

下記のとおり共済事由が発生したので、関係書類を添えて共済金の給付を申請します。

記

１　共済事由及び共済金給付額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ 結婚祝金 | 20,000円 | □ 死亡弔慰金（配偶者） | 60,000円 |
| □ 結婚記念祝金 | 10,000円 | □ 死亡弔慰金（子） | 30,000円 |
| □ 出産祝金 | 16,000円 | □ 死亡弔慰金（親） | 10,000円 |
| □ 小学校入学祝金 | 10,000円 | □ 傷病休業見舞金（14日以上） | 12,000円 |
| □ 中学校入学祝金 | 10,000円 | □ 傷病休業見舞金（30日以上） | 28,000円 |
| □ 高校入学祝金 | 10,000円 | □ 傷病休業見舞金（90日以上） | 48,000円 |
| □ 死亡弔慰金(疾病・65歳未満） | 100,000円 | □ 障害見舞金（疾病による重度障害） | 円 |
| □ 死亡弔慰金(疾病・65歳以上） | 50,000円 | □ 障害見舞金（不慮の事故等によるもの） | 円 |
| □ 死亡弔慰金（不慮の事故等） | 100,000円 |  |  |

　　※障害見舞金については、共済給付額を記入してください

２　共済事由発生年月日　　令和　　　年　　　月　　　日 （※２年以内）

３　受取方法　　□ 下記口座へ振込　 □ 窓口で受取（連絡先TEL：　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行・金庫 | | | 支店 |
| 普 通  ・  当 座 | 口座番号 |  | フリガナ |
| 口座名義 |

　裏　面

高槻市勤労者互助会共済事由発生証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会 員 番 号 |  | 氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済事由 | 証明内容 | | | | |
| 結婚祝金 | 配偶者氏名 |  | | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 婚姻届日 | 年　 月　 日 | | 届役所名 |  |
| 結婚記念祝金 | 配偶者氏名 |  | | 婚姻届日 | 年　 月　 日 |
| 出産祝金 | 配偶者氏名 |  | | 出産年月日 | 年　 月　 日 |
| 病院名 | **☏** | | | |
| 所在地・連絡先 |  | | | |
| 入学祝金 | 児童・生徒氏名 |  | | 生活区分 | 同居・別居 |
| 学校名 |  | | 入学年月日 | 年　 月　 日 |
| 死亡弔慰金 | 死亡者氏名 | （　　 　歳） | | | |
| 会員との続柄 |  | 死亡事由 |  | |
| 死亡年月日 | 年　 月　 日 | | 生活区分 | 同居・別居 |
| 傷病見舞金 | 傷病名 |  | | | |
| 休業期間 | 年　　月　　日　～　 　年　　月　　日（　　日間） | | | |
| 給付済期間 | 年　　月　　日　～　 　年　　月　　日（　　日間） | | | |
| 病院名 | **☏** | | | |
| 所在地・連絡先 |  | | | |
| 障害見舞金 | 発生日時 | 年　 月　 日 | | 発生場所 |  |
| 障害の原因 |  | | 障害の程度 |  |
| 上記のとおり共済事由が生じたことを証明します。  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　 事業所名  　　　　　　　　　　　　 事業主名　　　　　　　　　　　　　　　 　　（印） | | | | | |