

FAX不可
(届出は郵送又は窓口へ)

毎月15日必着

コピーしてお使いください

平成 年 月 日

給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター 理事長 様

受 付

請 求 者	事業所名	事業所番号				
	事業主名 (代表者氏名)	(印)	電話番号			
	所在地					

委任状 ※事業主の請求についても、下記に記入・押印ください。

私は、上記の者を請求者として定め給付・補助金、永年褒賞記念品の請求、受領に関して委任します。

会員番号		会員氏名	(印)
会員住所		※給付金申請の場合のみ会員住所を必ずご記入ください (給付金の項目は請求一覧をご参照ください)	

請求する項目1つに○印を記入してください。

請求金額						円
※訂正不可						

※複数の申請をする場合は、請求書を分けてご利用ください。

○	項目	金額	内 容				備 考	
	成人祝金	10,000円	会員の生年月日	H	年	月	日	
	結婚祝金 配偶者氏名()	10,000円	入籍日	H	年	月	日	※氏名変更がある場合「変更届」必須
	出産祝金 子の氏名()	10,000円	出生日	H	年	月	日	
	小学校入学祝金 子の氏名()	5,000円	小学校名	()	小学校	【H ____年 4月入学】		
	中学校卒業祝金 子の氏名()	10,000円	中学校名	()	中学校	【H ____年 3月卒業】		
	結婚25周年祝金 配偶者氏名()	15,000円	入籍日	H	年	月	日	
	傷病見舞金	10,000円	傷病名 () 受診病院名 () 欠勤期間 H 年 月 日~H 年 月 日				※内容に不明点があったときは受診病院に確認する場合があります	
	死亡弔慰金 【本人】	入会15年以上 70,000円 入会15年未満 50,000円	死亡日 H 年 月 日 入会日 S・H 年 月 日 相続人氏名 () 会員から見た続柄に○→ 配偶者・子・親・				※添付書類必須	
	死亡弔慰金 【配偶者】	30,000円	死亡者氏名 () 会員から見た続柄に○→ 夫・妻 死亡日 H 年 月 日				※添付書類必須	
	死亡弔慰金 【一親等血族】	10,000円	死亡者氏名 () 会員から見た続柄に○→ 実父・実母・実子 死亡日 H 年 月 日				※添付書類必須	
	宿泊施設利用補助	1,500円	宿泊期間	H	年	月	日~H 年 月 日	※添付書類必須
	人間ドック受診補助	5,000円	生年月日 T・S 年 月 日 (歳) 受診日 日 帰 H 年 月 日 宿泊 H 年 月 日~H 年 月 日 受診料金 円 ※15,000円(税抜)以上				※添付書類必須	
	コンサート・観劇等 利用補助	1,500円	利用日	H	年	月	日	※添付書類必須
	検定試験受験補助	2,000円	受験日	H	年	月	日	※添付書類必須
	サンライフ熊本 講座・施設利用補助 【会員】 【一親等以内の同居家族】	2,000円 ※1回2,000円 以下の支払い はその金額 教材費自己負担	講座開講日・施設利用日 H 年 月 日 講座名・利用施設名 () 同居家族参加の場合 家族氏名 () 会員から見た続柄に○→ 配偶者・父・母・子				※添付書類必須	
	永年褒賞(5年・10年・20年) ※該当年数に○をつけてください	カタログギフト	発生年月	H	年	月	(ふれあう共済に加入してから5年・10年・20年を迎えた年月)	

※添付書類は請求一覧で必ずご確認ください。

※請求書に不備等があった場合や事由発生前の申請については請求書を返送します。

※2名以上で申請するときは「ふれあう共済HP」から専用別紙がダウンロードできます。

別紙

宿泊施設利用補助
コンサート等利用補助
人間ドック受診補助

複数名で請求する場合は、この別紙をご利用ください

こちらの別紙だけではご申請いただけません

必ず「給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書」に添付してください

【請求項目ごと】に請求書と別紙を分けてご提出ください
この別紙を添付する場合、請求書にある委任状の記入は不要です

会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円
会員番号		請求者氏名	印
利用（受診）期間(日)		年 月 日	※宿泊の場合、その最終日
人間ドック受診補助の場合のみ記入	→ T・S	年 月 日【 歳】	受診料金 _____円

※郵送又は事務局までご持参ください。（FAXでの受付はできません。）