

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

請求者	事業所名	株式会社 ふれあう商事	事業所番号	○ ○ ○ ○ ○
	事業主名 (代表者氏名)	代表取締役 ふれあう 太郎 <b>ふれあう</b>	電話番号	096-000-0000
	所在地	熊本市中央区黒髪○-○-○		

受付

押印をお忘れなく

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	0 0 0 1	会員氏名	ふれあう 花子
------	---------	------	---------

請求する項目1つに○印を記入してください。

請求金額	¥	△	△	△	△	円
------	---	---	---	---	---	---

※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。

金額訂正は不可ですので  
誤った金額をご記入された場合は  
再度作成してください

○	項目	金額	備考
	成人祝金	10,000円 会員の生年月日	
	結婚祝金 配偶者氏名 ( )	10,000円 入籍日	※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 年 月 日	
	小学校入学祝金 子の氏名 ( )	5,000円 小学校名 ( ) 小学校 入学年 ( ) 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 卒業年 ( ) 年 3月卒業	
	結婚25周年祝金 配偶者氏名 ( )	15,000円 入籍日 年 月 日	
	傷病見舞金	10,000円 傷病名 ( ) 受診病院名 ( ) 欠勤期間 年 月 日 ~ 年 月 日	※内容に不明点があったときは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 死亡日 年 月 日 入会15年未満 50,000円 入会日 年 月 日 相続人氏名 ( ) (印) 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 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 年 月 日	※添付書類必須
	宿泊施設利用補助	1,500円 宿泊期間 年 月 日 ~ 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 ○○年 ○月 ○日【○○歳】 受診日 日帰 ○○年 ○月 ○日 宿泊 年 月 日 ~ 月 日 受診料金 ( △△△△ ) 円 ※15,000円(税別)以上	※添付書類必須
	コンサート・マラソン等 利用補助	1,500円 利用日 年 月 日	※添付書類必須
	資格・検定試験受験補助	2,000円 受験日 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】	2,000円 ※1回2,000円 以下の支払い 講座名・利用施設名 ( )	※添付書類必須
	【一親等以内の同居家族】	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 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)	翌月10日頃までに事業所宛てに送付

※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。

# 人間ドック受診証明書

事業所名	株式会社 ふれあう商事				事業所番号	○	○	○	○	○
会員番号	0	0	0	1	会員氏名	ふれあう 太郎				
受診日	日 帰	○○年		○月	○日					
	宿泊	○○年		○月	○日	～	○○年		○月	○日
受診料金	¥ △△△△△ 円				※支払額をご記入ください ※受診検査料金15,000円 (税別) 以上					

- [補助対象]**
- ・40歳以上の会員又は年度内に40歳を迎える会員
  - ・受診料金が15,000円 (税別) 以上であること
  - ・指定医療機関で受診した補助対象項目の人間ドックであること (健康診断は対象外)
  - ・年度内1回まで ※年度：4月1日～翌3月31日

**[請求期限]** 受診日 (宿泊受診の場合はその最終日) から1ヵ月以内

**[請求方法]** 指定医療機関より記入押印済の「人間ドック受診証明書 (原本)」を「給付・補助金/永年褒賞記念品請求書 (原本)」に添えてふれあう共済事務局へ郵送又は持参下さい。

※「給付・補助金/永年褒賞記念品請求書」と「人間ドック受診証明書」はふれあう共済HPからダウンロードできます。

以下、指定医療機関記入欄

上記の者は、当病院で【人間ドック】を受診し、人間ドック受診検査料金として、上記の金額を支払ったことを証明します。

○○年 ○月 ○日 **押印**

**指定医療機関の署名・押印必須**

病院名 **ふれあう病院**

