

記入例

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(2名以上)でご請求の場合

使ってください

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

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	電話番号	096-000-0000
	所在地	熊本市中央区黒髪○-○-○		



押印をお忘れなく

受付

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		

記入・押印不要

請求書
※複数

複数名(2名以上)で請求の場合は別紙にご記入・押印ください

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

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

○	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 10,000円 配偶者氏名() 入籍日 H 年 月 日	
	出産祝金 10,000円 子の氏名() 出生日 H 年 月 日	
	小学校入学祝金 5,000円 子の氏名() 小学校名 () 小学校 [H ____ 年 4月入学]	
	中学校卒業祝金 10,000円 子の氏名() 中学校名 () 中学校 [H ____ 年 3月卒業]	
	結婚25周年祝金 15,000円 配偶者氏名() 入籍日 H 年 月 日	
	傷病見舞金 10,000円 傷病名 () ※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 受診病院名 () 欠勤期間 H 年 月 日~H 年 月 日	
	死亡弔慰金【本人】 70,000円 入会15年以上 死亡日 H 年 月 日 入会日 S・H 年 月 日 入会15年未満 相続人氏名 () ※添付書類必須 会員から見た続柄に○→ 配偶者 () 続柄に○→ 夫・ () H 年 月 日	
	実父・実母・実子 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) ※添付書類必須 受診日 日 日 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	
○	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	
	商工会議所検定試験受験補助 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】 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 ※添付書類必須 講座名・利用施設名 () 同居家族参加の場合 家族氏名 () ※添付書類必須 会員から見た続柄に○→ 配偶者・父・母・子	
	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)	

請求項目1つに○印をつけてください
請求項目が複数ある場合は請求書を分けてご利用ください

複数名(2名以上)でご請求の場合は記入不要

※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	0 0 0 1	請求者氏名	ふれあう 太郎	あふ うれ
利用（受診）期間（日）	〇〇年〇月〇日 ※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)	〇〇年〇月〇日【〇〇歳】	受診料金	△△△△円
会員番号	0 0 0 2	請求者氏名	ふれあう 花子	あふ うれ
利用（受診）期間（日）	〇〇年 〇 月 〇 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)	〇〇年〇月〇日【〇〇歳】	受診料金	△△△△円
会員番号	0 0 0 3	請求者氏名	くまもと 太郎	あふ うれ
利用（受診）期間（日）	〇〇年〇月〇日 ※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)	〇〇年〇月〇日【〇〇歳】	受診料金	△△△△円
会員番号	0	請求者氏名	印	あふ うれ
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	あふ うれ
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	あふ うれ
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

必要箇所に
ご記入・押印ください

※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。）