

FAX不可

ふれあう共済 〒860-0862 熊本市中央区黒髪3-3-12

コピーしてお使いください

(届出は郵送または窓口へ) **毎月15日必着**

記入日： 年 月 日

給付・補助金請求書

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)		電話番号			
	所在地					

委任状 事業主の請求についても、委任状欄はご記入ください。

私は、上記の者を請求者として定め給付・補助金の請求、受領に関して委任します。

会員番号		会員氏名	本人死亡（弔慰金）の場合は 下段の「相続人氏名」を自署 会員氏名は自署をお願いします。
------	--	------	---

請求書は **1つの請求事由に対して1通** ずつ作成ください

1通の請求書に複数の請求事由の併記不可

請求金額 (訂正不可)											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

↓ 請求する事由に **1つのみ〇印** をおつけください

金額の頭部に **¥マーク** をおつけください

○	項目	金額	内容・請求事由発生日 (入会後に発生した事由であること)	備考
	結婚祝金 配偶者氏名 ()	10,000円	入籍日 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 年 月 日	会員と子の姓が異なる場合は電話で確認することがあります。
	小学校入学祝金 子の氏名 ()	5,000円	学校名 () 小学校 入学年 () 年4月入学	請求書は1子につき1通作成
	中学校卒業祝金 子の氏名 ()	10,000円	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 連続30日以上休職・欠勤後、復職	10,000円	傷病名 () 受診病院名 () 休職・欠勤期間 年 月 日～ 年 月 日 日間	過去2年度内に請求した場合は添付書類 必須
	死亡弔慰金【本人】 会員退会届 必須 事務局記入： 月未退会	入会15年以上 70,000円 入会15年未満 50,000円	死亡日 年 月 日 入会日 年 月 日 相続人氏名 () 相続人氏名は自署をお願いします 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 (注)義父母は対象外 死亡日 年 月 日	添付書類 必須
	宿泊施設利用補助※ 令和4年度限定：年度内2回	1,500円	宿泊期間 年 月 日～ 年 月 日 連泊(同じ宿泊施設に2日以上続けて宿泊)は1回とする 請求事由発生日は宿泊最終日	添付書類 必須
	人間ドック受診補助※ 指定医療機関での受診	5,000円	生年月日 年 月 日【 歳】 (年度内で)40歳以上 受診日 日帰 年 月 日 宿泊 年 月 日～ 月 日 受診料金 税別 15,000円以上 (円)	添付書類 必須
	指定コンサート等利用補助※	1,500円	利用日 年 月 日	添付書類 必須
	指定資格・検定試験受験補助※	2,000円	受験日 年 月 日	添付書類 必須
	サンライフ熊本利用補助【会員】 【一親等以内の同居家族】 同居証明書 必須	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	講座終了日・施設利用日 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

- 添付書類はホームページ、事務の手引き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。
- ※印がある項目を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。
- 振込日、振込金額、内訳について通知はありません。振込日：毎号の会報誌 P12に記載
- 振込名義：キンロウシヤフクシセンター