

給付金請求書（請求期限：事由発生日から1年以内）

【結婚・出産・小学校入学・中学校卒業・結婚25周年・傷病見舞・死亡弔慰金】

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター 理事長 様

下記請求内容について虚偽のないことを証明し、請求いたします。

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						

申請者（給付対象者）

会員番号		会員氏名	
------	--	------	--

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

事由発生日以降に請求してください。

請求書の不備や事由発生前の申請の場合、受付できません。

請求金額
(訂正不可)

百 拾 万 千 百 拾 円

金額の頭部に★マークをおつけください

請求事由	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	10,000円	入籍日 年 月 日 配偶者氏名（ ） ※氏名変更がある場合は「変更届」必須	
出産祝金	10,000円	出生日 年 月 日 子の氏名（ ）	
小学校入学祝金 () 小学校	5,000円	() 年4月入学 子の氏名（ ） ※事由発生日：入学年の4月1日。左記以降にご提出ください。	会員と子の姓が異なる場合はご連絡する必要があります。
中学校卒業祝金 () 中学校	10,000円	() 年3月卒業 子の氏名（ ） ※事由発生日：卒業年の3月1日。左記以降にご提出ください。	請求書は1子につき1通提出
結婚25周年祝金	15,000円	入籍日 年 月 日 配偶者氏名（ ）	
傷病見舞金 ※年度内1回 連続30日以上休職・欠勤し、復帰後に請求。 ※休職・欠勤開始日から復帰日まで会員	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 ----- 入会日 年 月 日 請求事由発生日は休職・欠勤最終日 ----- ※過去2年度内に請求された方は添付書類として医療機関発行の診断書必須	
死亡弔慰金【本人】 「会員退会届」必須	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 ※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
事務局記入 _____月末退会			
死亡弔慰金【配偶者】	30,000円	死亡日 年 月 日 死亡者氏名（ ） ----- 会員から見た続柄に○→ 夫・妻	添付書類必須
死亡弔慰金【一親等血族】	10,000円	死亡日 年 月 日 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	添付書類必須

●添付書類は「コピー可」です。原本を提出された場合はご返却出来かねます。

●振込日（毎号の会報誌P12記載）、振込金額、内訳について通知は行いません。

●振込名義は「キンロウシヤフクシセンター」で、登録された「事業所口座」へ振込みます。

●オンラインフォーム、FAX（096-345-7312）、郵送、持参にて届出ください。

再提出