

給付金請求書

(公財) 東大阪市産業創造勤労者支援機構理事長 宛

下記の給付事由が発生いたしましたので給付金を請求します。なお、事業主を代理人と定め給付金の受領を委任しますので事業所指定口座に振り込んでください。

会員番号	—	会員氏名	Ⓜ	性別	男・女
住所	〒		TEL	生年月日	T・S・H 年 月 日

事業主証明

事業所名		代表者名	Ⓜ
------	--	------	---

給付項目		給付内容	
祝金	<input type="checkbox"/> 結婚祝金(1回目) <input type="checkbox"/> 結婚祝金(2回目) <input type="checkbox"/> 結婚記念祝金(満20年)	配偶者氏名	婚姻年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 出産祝金	出生児氏名	出産年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 入学祝金(小学校) <input type="checkbox"/> 入学祝金(中学校)	子の氏名	入学年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 永年在会祝金(10年) <input type="checkbox"/> 永年在会祝金(20年)	入会年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 勤労青少年奨学金	在学学校名	入学年月日 年 月 日
傷病保険金	<input type="checkbox"/> 休業14日以上30日未満 <input type="checkbox"/> 休業30日以上60日未満 <input type="checkbox"/> 休業60日以上90日未満 <input type="checkbox"/> 休業90日以上120日未満 <input type="checkbox"/> 休業120日以上	傷病名	
		休業期間	年 月 日～年 月 日まで
		病院名	TEL
死亡保険金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親	死亡者名	男・女(満 歳)
		死亡日	年 月 日 生活区分 同居・別居
		続柄 1.配偶者 2.子(死産 ヶ月) 3.父母(実継義養)	
退会費別金	会員期間 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満	会員登録年月 <input type="checkbox"/> 昭和50年4月～昭和51年4月 <input type="checkbox"/> 昭和50年5月～昭和56年4月 <input type="checkbox"/> 昭和56年5月～昭和61年4月 <input type="checkbox"/> 昭和61年5月～平成3年4月 <input type="checkbox"/> 平成3年5月～	共済入会年月日 年 月 日 共済退会年月日 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 会員登録取消確認)