



※A4サイズに拡大コピーしてお使いください。
FAXでも受け付けます。

※事業所No.70001の会員は対象外です。

慶弔給付金請求書（兼変更届）

一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会理事長 様

事業所番号-会員番号 -

事業所名

電話番号 () - 担当

(変更前) 会員名
(請求者) ㊤

下記のとおり給付事由が発生したので、一般財団法人
両毛地区勤労者福祉共済会給付規程に基づき、給付金を
請求し、それに伴い下記の事項を変更します。

記 (フリガナ) (変更後) (氏名) []

事由(該当に○印)	給付金額	内 容 (※は登録内容を追加・変更します。)			
祝 金	結 婚 10,000	(婚姻年月日) 令和 年 月 日 ※ (新住所) TEL () - ()			
		※同居しなくなった家族 (氏名のみ記入)	同居することになった家族		
	※同居家族の変更	氏 名	続 柄	生年月日	性別
				TS HR	男 女
出 産	5,000	※ (出生児氏名) 令和 年 月 日 ※ (出生年月日) 令和 年 月 日	※ (続柄) (男・女)		
銀 瑚 婚 婚 金	5,000	(配偶者氏名) (婚姻年月日) 昭和・平成 年 月 日			
入 院 見 舞 金	10日以上 5,000	(傷病名) (入院期間) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)			
死 亡 弔 慰 金	会 員 10,000	(死亡者氏名) (死亡年月日) 令和 年 月 日	(請求者との続柄) 夫 妻 実子 ()		
	配 偶 者 5,000		実 (父 母) 義 (父 母)		
	子 5,000	(死亡者生年月日) (M日 S H R) 年 月 日	※同居のみ		
	親 5,000		その他 ()		

事業主証明欄

上記請求のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名
及び
代表者名

㊤

入力	担当課	受付印
事務局長	常務理事	

1. 給付金は、事業主の指定する口座に振り込みます。
2. 給付事由の発生した日から6ヶ月以内に請求してください。
3. 給付金は、入会月の翌月以降発生した事由に限り支給します。
4. 発生原因に災害救助法（昭和20年法律第118号）が適用になるとき、または当会の加入する普通傷害保険が適用になるときは支給の対象となりません。
5. 20歳税金・入学税金・遺産税金・永年在会税金はコンビューク抽出となりますので、請求書は不要です。