和暦（元号）表記で統一してください

第13-1号様式

浜松市・湖西市勤労者共済会

慶弔給付金給付申請書（傷病見舞金）

令和　　年　　月　　日

（公財）浜松市勤労福祉協会　理事長　様

会員番号 | | | | | | | | | |

会員住所

会員氏名　　㊞

浜松市・湖西市勤労者共済会慶弔給付要綱第6条の規定により、給付金の申請をします。

記

給付事由	傷病見舞金	原因傷病名	
		休業期間	年　月　日　～　年　月　日（　日間）
		病院名	

【医療機関証明欄】

上記のとおり傷病事由があったことを証明します。

年　　月　　日

医療機関名　　代表者氏名　　代表者印

【事業所証明欄】

上記のとおり給付事由があったことを証明します。

年　　月　　日

事業所名　　代表者氏名　　代表者印

※医療機関・事業所・　双方の証明が必要となります。
※医療機関の証明は、本人と確認のできる診断書等のコピーでも可能です。
※申請時に（一財）全国勤労者福祉・共済振興協会の指定用紙（4枚複写）を添付してください。

委　任　状

私は下記のものを代理人と定め、上記給付金の受領行為を委任します。

年　　月　　日

記

会員（申請者）氏名　　㊞

受領者氏名　　㊞

決裁	事務局長	事務局次長	主幹	係長	主任	参与	係	チェック欄