

## 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

(署名又は記名押印)

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。

休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )
【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。	
令和 年 月 日	
会員事業所名	代表者氏名 <span style="float: right;">代表者印</span>

原因傷病名	
【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。	
令和 年 月 日	
医療機関名	代表者氏名 <span style="float: right;">代表者印</span>

※事業所と医療機関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代用できます。

※申請時に(一財)全国勤労者福祉・共済振興協会の指定用紙(複写書類)を添付してください。

## 委任状（委任する人がすべて自筆で記入してください）

令和 年 月 日

代理人氏名

私は上記の者を代理人と定め、慶弔給付金(傷病見舞金)の受領行為を委任します。

(委任する人)

会員氏名

(署名又は記名押印)

	事務局長	次長	主幹	係長	主任	係	担当
決 裁							