

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)

平成 年 月 日

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

会員番号 0590000000

会員住所 浜松市〇区〇〇〇

会員氏名 浜松 一郎 (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。
記

給付事由	原因傷病名	左 足 骨 折		
	休業期間	平成 28 年 4 月 11 日～平成 # 年 5 月 # 日(32 日間)		
	病院名	わ ～ く ん 病 院		
【 医 療 機 関 証 明 欄 】				
上記のとおり傷病事由のあったことを証明します。 平成 年 月 日				
医療機関名		わ～くん病院 (印)	代表者氏名	わ～くん医院長 (印)
【 事 業 所 証 明 欄 】				
上記のとおり給付事由のあったことを証明します。 平成 年 月 日				
事業所名		わ～くん工業(株) (印)	代表者氏名	浜松 一郎 (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、本人と確認できる診断書等のコピーでも可。
- ※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。
平成 年 月 日

記

会員(申請者)氏名 _____ (印)

受任者氏名 _____ (印)

決裁	所長	係長	主任	係	チェック欄