

慶弔給付金給付申請書(傷病見舞金)

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

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	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

印

受領者氏名

印

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