

会 長	事務局長	担 当	台 帳

様式第9号

榛南地区勤労者共済会

見舞金・弔慰金給付申請書

年 月 日

榛南地区勤労者共済会会長 様

会員番号						-			
会員住所									
会員氏名									印

下記のとおり給付事由が発生したので、共済金の給付を申請します。

一 金 円

傷病休業 見舞金	休業の事由	交通事故・不慮の事故・疾病・その他（ ）		
	休業の期間	年 月 日	～	年 月 日
	診療機関名			
重度障害 後遺障害 見舞金	障害の事由	交通事故・不慮の事故・疾病（ ）		
	障害の状態			
	障害起因日	年 月 日		
死 亡 弔慰金	死亡者氏名	男・女（ 歳）		
	会員との続柄	本人・配偶者・子（死産7ヶ月以上）・親（会員及び配偶者の父母）		
	死亡年月日	年 月 日	同居・別居	
住宅災害	災害発生日	年 月 日	火災等・自然災害	

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

代表者名

印