

(様式第8号)

# 共 済 金 等 給 付 請 求 書

FAX・メール可

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

年 月 日

■ 下記の事由により共済金等の給付を請求します。

※評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印(印)が必要です。(会員本人死亡の場合は会員の印は不要)

事業所名		事業所の評議員名 <span style="float: right;">(印)</span>
会員No.(九ケタ) -	会員の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	

注意! □のところは、該当するものにレ印を付してください。(以下同じ。)

<input type="checkbox"/> 会員の結婚 <input type="checkbox"/> 会員の銀婚(結婚満25年)	婚姻届出の 年 月 日	年 月 日	配偶者の氏名
<input type="checkbox"/> 会員の還暦(満60歳)	生年月日	年 月 日生	
<input type="checkbox"/> 会員の子の出生	子の生年月日	年 月 日	子の氏名(性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (続柄 )
<input type="checkbox"/> 会員の子の小学校入学 <input type="checkbox"/> 会員の子の中学校卒業	子の氏名(性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (続柄 )		入学・卒業日 年 月 日
	子の生年月日	年 月 日生	該当学校名 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校
<input type="checkbox"/> 会員の勤続 (満80歳の誕生日でかつ会員期間が10年以上)(※1)	生年月日	年 月 日生	加入年月 年 月 日
<input type="checkbox"/> 会員の退会記念品 (会員期間が10年以上)	会員期間	年 月 ~ 年 月 (※2)	
	配達先(自宅)住所 〒 -		

※1 満80歳以上の方は、誕生日以後は入院見舞金及び障害見舞金の給付の対象となりません。

※2 会員の退会は、別紙「退会届又は会員異動報告書」の提出が必要です。

会員の入院	<input type="checkbox"/> 5日以上 <input type="checkbox"/> 10日以上 <input type="checkbox"/> 30日以上 <input type="checkbox"/> 60日以上	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		傷病名	病院名	
会員の障害	<input type="checkbox"/> 1~2級 <input type="checkbox"/> 3~4級 <input type="checkbox"/> 5~6級	交付年月日	年 月 日	
		障害名		
会員の家族の死亡	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親( <input type="checkbox"/> 実 <input type="checkbox"/> 義 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 養)	死亡日	年 月 日	
		死亡者名等	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	
会員の死亡	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上 80歳未満 <input type="checkbox"/> 80歳以上	死亡日	年 月 日	死亡時の年齢 歳
		共済金受取人 (代表相続人)	氏名	会員との続柄
			住所	
住宅災害	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 落雷 <input type="checkbox"/> 爆発 ( <input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> ばや) <input type="checkbox"/> 自然災害 ( <input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 床上)	罹災日	年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) 時 分頃	
		自宅住所	〒	

この用紙はコピーしてお使いください。