

共 済 金 請 求 書

(西暦)

2023年

5月

10日

公益財団法人府中市勤労者福祉振興公社 理事長 様

事業所所在地 **府中市府中町 2-25-1**

会員番号

0001 - 005

事業所名 **株式会社 府中商事**

会員住所

府中市府中町 2-25

代表者名 **府中 太郎**

府中

会員氏名

府中 二郎

府中

次のとおり共済事由が発生しましたので、共済金を請求いたします。

請 求 金 額

0 0 0 円

対象事由	事 由	給付金額	事由内容を記入	添付書類(コピーで可) ※証明書 1 種類可 (戸籍謄本等の書類は発行日から6ヶ月以内の書類をご提出ください。)
祝 金	● 結婚 (会員本人が婚姻届を提出したとき) ※給付は1回に限ります。	2万円	婚姻届提出日 (西暦) 2022年10月1日	<input type="checkbox"/> 婚姻届受理証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍個人事項証明書 ※結婚による氏名変更後の会員証 → 変更済 / 未変更 → 送付済 / 未送付
	● 銀婚 (婚姻届提出後25年を迎えたとき)	1万円		
	● 金婚 (婚姻届提出後50年を迎えたとき)	1万円		
	● 出産 (会員または配偶者が出産したとき)	1万円	子の氏名 ※フリガナ フチュウ タイチ 府中 太一	<input checked="" type="checkbox"/> 母子手帳(出生届出済証明) <input type="checkbox"/> 出生届受理証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 ※出生日と子及び親の名前がわかるもの
	● 入学 (会員の子が小学校に入学したとき)	1万円	生年月日 (西暦) 2023年 5月 5日	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 就・入学通知書 <input type="checkbox"/> 入学通知書 <input type="checkbox"/> 生徒手帳 ※入学される方の生年月日がわかるもの
	● 入学 (会員の子が中学校に入学したとき)			
	● 二十歳 (会員本人が満20歳の誕生日を迎えたとき)	1万円	生年月日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 ※生年月日がわかるもの
● 還暦 (会員本人が満60歳の誕生日を迎えたとき)	1万円			
弔 慰 金	会員本人死亡		死亡年月日 (西暦) 年 月 日	死亡が確認でき、受取人との続柄が確認できるもの <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 ※除籍が記載されているもの
	● 会員期間10年以上	10万円	受取人名及び続柄 ()	受取人資格同順位者が複数いる場合 <input type="checkbox"/> 受取人代表者による 「慶弔共済金の請求に係る確認書」 ※事務局まで用紙をご依頼ください
	● 会員期間 8年以上	8万円		
	● 会員期間 5年以上	5万円	入会年月日 年 月 日	死亡の日付が確認できるもの <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 ※除籍が記載されているもの <input type="checkbox"/> 会葬礼状
	● 会員期間 3年以上	3万円		
	● 会員期間 3年未満	3万円		
家族死亡 ※請求者から見ての続柄		死亡年月日 (西暦) 年 月 日		
見 舞 金	会員本人が傷病で入院 ※出産に係る入院は対象外(出産祝金のみ)		入院期間 (西暦) 年 月 日	医療機関、入院期間が確認できるもの <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書
	● 入院期間が4日以上	2千円	~ (西暦) 年 月 日	※給付額の限度 ①各年代ごとに40,000円とする ②10代、20代、30代、40代、50代 および60代以上を単位とする ③各年代で給付額が40,000円に達した場合は次年代まで給付請求出来ません ※平成24(西暦2012)年4月1日から適用
	● 入院期間が7日以上	5千円		
	● 入院期間が14日以上	1万円	入院期間合計(連続): 日間	
	● 入院期間が30日以上	2万円	上記期間の前後に連続している入院期間はありません。	
	● 入院期間が60日以上	3万円		
● 入院期間が90日以上	4万円			

記入例

振 込 依 頼 書

上記請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

銀行名	三菱UFJ	銀行・信金 信組・農協	府中	支店	店番号: 225	普・当 貯・他
口座番号	1 1 1 1 1 1 1	口座名義人 (カタカナ)	フチュウ ジロウ			

※振込口座確認に使用する為、日中連絡がつかず連絡先(電話) ①事業所、②個人 ☎

支払金額	0 0 0 円	受 付	確 認	事務局次長	事務局長	入 力
振込日	年 月 日					

※申請の対象は入会月の翌月1日以降に発生した事由から適用になります。

※申請期限: 事由が発生した日から3年以内(ただし、2022年4月1日以降発生分) **《退会されると給付資格は失効となります。》**

※会員本人死亡の場合は、戸籍全部事項証明書(除籍が記載されているもの)が必要な為、月末までに提出できない場合退会届を提出願います。

※印鑑: 朱肉を使用するもの (シヤチハタでは受付できません。)

※提出いただいた個人情報は、公社の個人情報保護規程に基づき管理するとともに、事業目的以外には使用いたしません。