

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

会員番号

—

事業所名

会員住所

代表者名

会員氏名

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

	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）※どれか1つ （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 年 月 日	<input type="checkbox"/> 婚姻届受理証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍個人事項証明書	
		銀婚（婚姻届提出後25年を迎えたとき）	1万円	『結婚の場合』 会員登録の氏名変更→希望する/希望しない		
		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	<input 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）・（マイナンバーカード） ※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 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就・入学通知書 <input type="checkbox"/> 在学通知書 <input type="checkbox"/> （健康保険証）・（マイナンバーカード） ※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 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> （健康保険証）・（マイナンバーカード） ※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	年 月 日		
弔 慰 金	会員本人死亡		死亡年月日 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請求ください	
		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"/> 戸籍全部事項証明書 ※除籍が記載されているもの ※「請求者」と「亡くなられた方」との 続柄が確認できるもの	
		会員期間 3年以上	3万円			
		会員期間 3年未満	2万円			
		家族死亡 ※請求者から見ての続柄		死亡者氏名	死亡の日付が確認できるもの <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 ※除籍が記載されているもの	
		配偶者	3万円	死亡年月日 年 月 日	※「請求者」と「亡くなられた方」との 続柄が確認できるもの	
	子供(実子・養子・継子)※現に扶養している 20 歳未満	2万円				
	親(実父母・養父母・継父母・義父母)	1万円				
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	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	年 月 日 ～ 年 月 日	※給付額の限度	
		入院期間が7日以上	5千円		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	
		入院期間が14日以上	1万円	入院期間連続： 日間	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30日以上	2万円			
		入院期間が60日以上	3万円			
		入院期間が90日以上	4万円	上記期間の前後に連続している 入院期間はありません。		

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	金融機関コード					支店コード				種目	普 ・ 当 ・ 貯 ・ 他					
	銀 行 信用金庫 組 合					本 店 支 店 出張所					口座 番号					
口座名義人 (カタカナ)										日中の連絡						

支払金額				0	0	0	円	審査結果請求金額と差異が発生。連絡済 年 月 日 担当者：				
振込日	年 月 日							受 付	確 認	事務局次長	事務局長	入 力

※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《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。  
※提出いただいた個人情報、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。