

給付請求書

平成 年 月 日

(あて先) 公益財団法人 名古屋市中企業共済会

下記の給付事実が発生したので給付金を請求します。
 なお、下記給付金の受領については、契約企業主(事業所)の指定された口座へ振り込んでください。

会員番号			
フリガナ			
会員氏名	印		
	結婚等で姓が変わった場合 旧姓	本人死亡の場合の受取人 氏名	印 続柄

結婚祝金	配偶者名 氏名		入籍日 年 月 日	初婚 再婚
出産祝金	出生児名 氏名		出生日 年 月 日	第1子 2子以降
入学祝金	入学者名 氏名		入学日 年 月 日	学校名 小学校 中学校
	生年月日	年 月 日生		
卒業祝金	卒業日 年 月 日	年 月 日	卒業校名	
傷病見舞金	傷病名		欠勤期間	自 年 月 日から 至 年 月 日まで
弔慰金	死亡者名 氏名		死亡年月日 年 月 日	続柄
勤続報奨金	入社日	年 月 日	勤続年数	年 (注) 登録3年以上
成人祝金	生年月日	年 月 日		
退会せん別金	退会日 年 月 日	年 月 日	退会理由	退職 死亡

上記の事実と相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地
事業所名
代表者名

事務連絡者

印

共済会欄	登録年月日	給付種別	給付金額	備考	受付印
	年 月 1日		¥ ,000円		

- (注) 1 本請求書は、1枚につき1件の請求内容をお書きください。
 2 事実発生の日から、3年以内に請求してください。
 3 裏面参照のうえ、太線枠内を記入してください。

(様式給第1号)