

様式第1-2号

慶弔共済給付請求書

※受付印

全

一般社団法人山形勤労者福祉サービスセンター  
理事長様

平成 年 月 日

申請者 事業所・団体等の名称

会員の代表者名

印

(代表者個人印・シャチハタ不可)

下記のとおり、慶弔共済給付金を支給されたく関係書類を添えて請求します。

慶弔共済給付を請求する会員名										会員住所										請求金額	
(※会員番号)										(※給付適用月日)										円	

事由		内容		給付金額
8	死亡保険金 (本人)	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	10万円
		性別 男・女	年齢 歳	
	家族死亡弔慰金 (配偶者)	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	5万円
	家族死亡弔慰金 (子)	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	3万円
	家族死亡弔慰金 (実・義父母)	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	1万円
9	住宅災害保険金 (火災等)	被災年月日 年 月 日	原因	限度10万円
	住宅災害保険金 (自然災害)	被災年月日 年 月 日	原因	限度3万円
	住宅災害による 同居家族の死亡 弔慰金	死亡者氏名	続柄	1万円
10	重度障がい保険 金	障がい内容	受傷・発病年月日 年 月 日 原因	限度10万円
				給付決定金額 円

領 収 書

金額 円

平成 年 月 日

上記金額を領収いたしました。  
一般社団法人 山形勤労者福祉サービスセンター  
理事長様

会員の代表者名

印

(上記印と同じもの)