

# 《傷病見舞金》

※コピーしてお使いください。(事由1件につき1枚記入)

平成 年 月 日

## 給付金請求書兼証明書【弔慰金・見舞金】

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

*契約者番号 ※記入しないでください。	会員番号 0 0 0 1 - 0 0 0 5	契約者(会員)氏名 フリガナ イズミ カオルコ 泉 馨子	性別 男・女 女	契約者と受取人の続柄 ※本人死亡の場合 配偶者・子 その他( ) 本人
入会日 昭和・平成 年 月 日	契約者生年月日 大正・昭和(平成) 1 年 4 月 15 日(28 歳)	給付金受取人(スタンプ印不可) 泉 馨子		

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター事業規則に基づき、関係書類を添えて給付金の支払を請求します。  
なお、貴センターが必要と判断した場合には、書類の追加請求や調査等を行っても異議ありません。

死亡弔慰金	会員本人	区分 1. 病気 2. 不慮の事故等	死亡日 平成 年 月 日(満 歳)	傷病名	
	家族	氏名		性別 男・女	年齢 満 歳
		契約者との続柄		死亡日 平成 年 月 日	
		1. 配偶者 2. 子(死産 ヶ月) 3. 親(実・義・養・継)			

見舞金	障害	区分 重度障害 1. 病気 2. 不慮の事故	症状固定日 平成 年 月 日	傷病名	
		障害 不慮の事故等	平成 年 月 日		
	傷病休業	①14日以上30日未満 2. 30日以上90日未満 3. 90日以上120日未満 4. 120日以上			
		休業期間 平成 29 年 4 月 4 日 ~ 平成 29 年 4 月 24 日まで( 21 日間)		* 確定日 平成 年 月 日	
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで( 日間)		平成 年 月 日	
	傷病名 左手首骨折		病院名 〇〇中央病院		
住宅災害	区分 1. 火災 2. 自然災害	り災日 平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分頃			

添付書類	会員本人死亡	●死亡診断書 ※不慮の事故の場合「傷害事故発生通知書・傷害事故証明書」も提出してください。(用紙はえふ・サポートに請求してください)
	障害	●障害診断書 (用紙はえふ・サポートに請求してください)
	住宅災害	●り災証明書 ●被災状況申告書 ●その他えふ・サポートが必要と認める書類 ※事由が発生した場合、えふ・サポートにお問い合わせください。

請求金額	会員請求金額 10,000 円	*えふ・サポート請求金額 円	*支払決定金額 円	*減額理由 1. 会員の年齢が70歳以上 2. 初回発行日から1年以上 3. その他( )
------	--------------------	-------------------	--------------	--

振込先 金融機関名 ※事業所の会費引落口座をご記入ください(会費引落口座以外は原則受付できません)				
東北労働 銀行・(金庫)・農協 信組・( )		福島 本店・(支店)		
種目 ① 普通 2. 当座	口座番号(右詰) 0 0 1 2 3 4 5	口座名義 フリガナ エフサポート(カ).....ダイヒョウトリシマリヤク.....フクシマ.....イチロウ..... えふ・サポート(株) 代表取締役 福島 一郎		

事業所 証明書	上記のとおり、給付事由があったことを証明します。		
	平成 年 月 日		
	事業所名 えふ・サポート株式会社		
	代表者名 代表取締役 福島 一郎		

一般財団法人福島県民共済会 御中	
上記請求内容は、当センターにて確認いたしましたので、貴会との協定に基づき給付金の支払を請求します。	
平成 年 月 日	
一般財団法人 福島市中小企業福祉サービスセンター	

○「\*」欄は記入しないでください。  
○事由1件につき1枚ご利用ください。  
○押印箇所は朱肉を使って認印で押印してください。

処理日	平成 年 月 日	処理No.
-----	----------	-------

郵送、または直接窓口へご提出ください。