

給付金請求書（見舞金）

平成 年 月 日

一般財団法人 長野市勤労者共済会

理事長様

請求者（会員）

会員番号 ー

会員氏名

事由証明者（事業所）

事業所名

代表者名

印

印

（一財）長野市勤労者共済会事業規則第18条に基づき、次のとおり給付金の支払請求をします。なお、貴会が必要と判断した場合は、関係市町村、医師等に問い合わせても異存ありません。

1. 事由（該当欄に○印・記入、1件の請求につき1枚の請求書をお願いします。）

番号	事由	添付書類	記入箇所			
1	会員死亡	共済会へ連絡の上、ご請求下さい。	原因		死亡日	享年
			1. 交通事故	2. 不慮の事故	3. 疾病	年 月 日 歳
2	配偶者死亡	会員の戸籍謄本又は抄本（コピー可）	会員との続柄に○印および記入箇所			
3	親死亡	無し	2. 配偶者	3. 親（ <input type="checkbox"/> 美・ <input type="checkbox"/> 義・ <input type="checkbox"/> 養）	4. 子	5. 住宅災害
4	子死亡	共済会へご連絡下さい（会員と同一生計の子）	死亡者氏名	性別	享年	死亡日
5	住宅災害による死亡	共済会へご連絡下さい	男・女	歳	年 月 日	
6	重度・後遺障害	共済会へ連絡の上、ご請求下さい。	原因		症状固定日	傷病名
			1. 交通事故・不慮の事故	2. 疾病	年 月 日	
7	住宅災害	共済会へ連絡の上、ご請求下さい。	原因		罹災日	
			1. 火災等	2. 自然災害	年 月 日 時 分頃	
8	休業	原因が交通事故の場合 交通事故証明書	原因	休業日数 該当に○印	休業期間	
			どちらかに○印	1. 14日以上30日未満	年 月 日から	
			1. 交通事故	2. 30日以上90日未満	年 月 日まで	
			2. その他	3. 90日以上	（ 日間）	
			病院名	傷病名		

2. 給付金受取方法

口座振込

1. 八十二銀行	支店 支所 コード	預金種目	口座番号	口座名義
2. 長野信用金庫		支店 支所	1. 普通	
3. 長野県信用組合	2. 当座			
4. J A ながの				
5. J A グリーンながの				

記入箇所、捺印を再度確認の上、郵送または窓口へ

*ご記入いただいた個人情報、貴殿に対する会員サービス提供のみに利用します。

※コピーしてお使いください。

共済会記入欄

入会	年 月
----	-----

事由確定日 年 月 日

給付金額 円

入力	
----	--