

# 共済金給付請求書(見舞金)

令和 年 月 日

一般財団法人 長野市勤労者共済会  
理事長 様

事実と相違ないことを証明いたします。  
事由証明者(事業所)

請求者(会員)

会員番号 ー  
会員氏名

事業所名  
代表者名

(一財)長野市勤労者共済会事業規則第18条に基づき、次のとおり共済金の支払請求をします。なお、誤った申請により貴会に損害が発生した場合には、当事業所が共済金返納についての一切の責任を負います。

## 1. 事由 (事由欄に○印のうえ、必要箇所を記入してください。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、ご請求ください。	原因 (該当に○)		死亡日	享年		
			1. 交通事故 2. 不慮の事故 3. 疾病		年 月 日	歳		
			死亡者氏名	性別	死亡日	享年	該当に○	
2	配偶者死亡	不要		男・女	年 月 日	歳		
3	親死亡	不要		男・女	年 月 日	歳	実・義・養	
4	子死亡	不要		男・女	年 月 日	歳	妊娠25週以上の死産	
5	住宅災害による死亡	共済会へ連絡の上、ご請求ください。		男・女	年 月 日	歳		
6	重度・後遺障害	共済会へ連絡の上、ご請求ください。	原因 (該当に○)		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、ご請求ください。	原因		罹災日			
			1. 火災等 2. 自然災害		年 月 日 時 分頃			
8	休業	■交通事故の場合 交通事故証明書 (必須)コピー可	原因	休業日数 (該当に○)		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			

※ 請求は給付事由の発生日から2年以内(必着)です。ただし、事由番号「1会員死亡」、「5住宅災害による死亡」、「6重度・後遺障害」、「7住宅災害」の請求は事由発生日から3年以内(必着)です。入会前の事由は対象になりません。

## 2. 給付金振込先

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

記入内容を再度確認の上ご提出ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、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

入力