

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

事業所名

会員氏名

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 2. 30日以上90日未満 3. 90日以上		年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)
			1. 交通事故 2. その他				
			病 院 名		傷 病 名		

※ 請求期限は給付事由の発生した日の翌日から2年(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 2. 長 野 信 用 金 庫 3. 長 野 県 信 用 組 合 4. J A な が の 5. J A グ リ ー ン な が の	支店 支所 コード				預金種目	口座番号						口座名義
												フリガナ
					1. 普通							
					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	
----	--