給付金請求書（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

請求者(会員)

会員番号　　－

会員氏名　　㊞

事由証明者(事業所)

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、次のとおり給付金の支払請求をします。貴会が必要と判断した場合は関係市町村、医療機関等に問い合わせても異存ありません。

1. 事　　由（必要箇所を記入、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、ご請求ください。	原因（該当に○） 1. 交通事故 2. 不慮の事故 3. 疾病		死亡日 年　月　日		享年 歳
			死亡者氏名	性別	死亡日	享年	該当に○
2	配偶者死亡	会員の戸籍謄本又は抄本(コピー可)		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	共済会へ連絡の上、ご請求ください。		男・女	年　月　日	歳	
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○） 1. 交通事故・不慮の事故 2. 疾病	症状固定日 年　月　日		傷病名	
7	住宅災害	共済会へ連絡の上、ご請求ください。	原因 1. 火災等　2. 自然災害	罹災日 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 (必須)コピー可	原因 どちらかに○印 1. 交通事故 2. その他	休業日数（該当に○） 1. 14日以上30日未満 2. 30日以上90日未満 3. 90日以上	休業期間 年　月　日から 年　月　日まで （　日間）		
			病院名		傷病名		

※ 請求期限は2年間です。 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. JAながの 5. JAグリーンながの	支店 支所 コード		支店 支所	預金種目	口座番号	口座名義
				1. 普通 2. 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

記入箇所、押印を再度確認の上、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	