

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 ー
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○)		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	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○)		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	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	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				

※ 番号1、5、6、7の請求期間は事由発生日から3年間。その他の番号は2年間(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. JAながの 5. JA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
		1. 普通 2. 当座					刀ガナ

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