様式第17号（2015年10月改正）

共済会厚生給付金請求書

年　　月　　日提出

一般財団法人京都府民間社会福祉施設職員共済会理事長　殿

◇この請求書の記載事項及び添付書類の内容が、請求事実に相違ないことを確認しましたので請求します。

共済会受付印

契約者番号	0	事業所番号	
事業所名			
所在地	〒　　ー		
請求者 事業主会員（法人） または代理人（管理者等）	印		
請求金額	円	ご担当者名	

フリガナ 会員氏名 （結婚の場合は改姓後の氏名と印）	印	会員番号	
遺族受取人氏名 （会員死亡の場合のみ記入）	印	続柄	

＊　該当する番号を【○】で囲んでください。

請求種別			請求事由の発生日/期間	必要事項を記入してください
結婚祝金	1	在会中の結婚		4：配偶者出産の場合のみ、ご記入ください。
出産祝金	3	会員	20　年　月　日	配偶者（妻）の氏名
	4	配偶者出産		
傷病見舞金	5	傷病による実休務期間	20　年　月　日から 20　年　月　日の間	傷病名
死亡弔慰金	6	会員	死亡年月日 20　年　月　日	死亡者の氏名（会員死亡は不要）
	7	配偶者		
	8	実（養）子		
災害見舞金	15	会員の居住する住居等	罹災年月日 20　年　月　日	会員の住所

◇請求に必要な添付書類（コピー可）

結婚祝金	・結婚式の案内状等 ・婚姻届受理証明書など公的証明	死亡弔慰金	会員	・戸籍謄本と死亡診断書
出産祝金	・母子健康手帳の1P目等 ・出産証明書等、医師の証明		会員以外	・会葬案内又は死亡を証明する書類（要：死亡者氏名の記載）
傷病見舞金	・医師の診断書等	災害見舞金		・罹災証明書又は公的な証明等

決定		審査		担当	