

共済金請求書 (見舞金用) (FAX不可)

(公財)松阪市勤労者サービスセンター
理事長 様

下記のとおり、請求します。

会員番号 _____

事業所名 _____

(フリガナ)
会員氏名 _____

提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共済事由	共済金額(円)	内 容		
傷病見舞金(※) 14日以上 30日以上 90日以上 120日以上	10,000 15,000 20,000 25,000	休業期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 合計休業日数： _____ 日間 傷病名： _____		
障がい見舞金(※)	2,000~ 150,000	障がいの確定日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 障がいの原因： _____		
住宅災害見舞金(※)	5,000~	罹災日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被害地住所： _____		
家族看護見舞金	10,000	入院期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (連続 _____ 日間) 入院家族氏名： _____ (配偶者・父・母・子)		
死亡 弔 慰 金	会 員(※) 50,000~ 250,000	死亡年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 会 員 氏 名： _____ 死亡時の満年齢： _____ 歳	1. 病 気 2. 不慮の事故 3. 交通事故 4. そ の 他	
	配偶者	30,000	死亡年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 配偶者氏名： _____ (配偶者の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	子	35,000	死亡年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 子 の 氏 名： _____ (子の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	死産の場合 (妊娠 _____ か月)
	父 母	10,000	死亡年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 父 母 氏 名： _____ (父母の生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	(実・義・養・継) 父・母
振 込 先	銀行 本・支店 種 別 信用金庫 出張所 労働金庫		1. 普通 2. 当座	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義		

(※) 印の共済金の請求には別途『保険金請求書』(3枚複写)が必要です。詳しくはサービスセンターへお問い合わせください。

- ※該当する項目に記入してください。また必要書類(P18,19参考)が添付されているかご確認ください。
- ※同居家族に変更がある場合は『会員登録カード兼変更届』をあわせて提出してください。
- ※振込先はゆうちょ銀行以外でご指定ください。
- ※事業所番号60000台の方はサービス対象外です。

◎事務局処理欄

担当者	受付者	センター受付印
変更届		
有 ・ 無 ・ 不要		