

☆お申し込みはウェルワークとちぎまで FAX または郵送で

TEL0282(20)5183 FAX0282 (20) 5184 / 〒328-0016 栃木市入舟町6-8 きららの杜とちぎ蔵の街楽習館

給付金請求書

年 月 日

栃木市勤労者福祉サービスセンター給付規程第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。また、本請求書の内容が自治体提携慶弔共済保険契約に基づき全労済協会へ提供されることに同意します。

給付項目		金額	¥	万	千	0	0	円
------	--	----	---	---	---	---	---	---

栃木市勤労者福祉サービスセンター
理事長 様

請求者 会員番号 _____

事業所名 _____

会員名 _____

会員死亡による請求者

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

電 話 _____

振込依頼書

上記給付金の受領については、事業所の指定口座に振込みをしてください。

会員名 (請求者) _____

給付金請求事由内訳書

給付項目	内 訳	
結婚祝金 銀婚祝金	フリガナ	
	配偶者氏名	生年月日 年 月 日
出産祝金	フリガナ	続柄
	出生児氏名	生年月日 年 月 日
入学祝金	フリガナ	学校名
	子の氏名	入学年月 年 4月
傷病休業保険金 ^(注4)	傷病名	休業期間 日間
	受傷・発病日 年 月 日	年 月 日から
	病院名	年 月 日まで
疾病死亡等保険金 不慮の事故死亡等 保険金 死亡弔慰金	死亡者名 _____	男・女 同居・別居
	会員との関係 本人 ^(注4) 配偶者・子・親 (実・養・義・継)	
	死亡日 年 月 日	
	別居時の住所 _____	
	届出役所 _____	

- (注) 1. 該当する項目にご記入ください。
 2. 事由の証明となる書類を必ず添付してください。(ガイドブックP3参照)
 3. 給付事由発生後3年を過ぎると請求できなくなりますので、お早めに請求してください。
 4. 傷病休業保険金及び会員本人死亡に係る保険金の請求は全労済協会指定用紙による請求となるため、栃木市勤労者福祉サービスセンター<ウェルワークとちぎ>に申し出てください。

事務局 確認欄	事務局 局長	係		受付印

◎この情報は、栃木市勤労者福祉サービスセンターの個人情報保護方針で定めた利用目的以外には使用しません。