

※受付年月日

岩見沢市勤労者共済会共済金請求書

令和 年 月 日

請求金額								給付種目	
会員番号							会員氏名		

死亡	死亡者名	(続柄)		死亡年月日	
	死因				
障害	障害箇所				
傷病	傷病名		休業期間	～	(日間)
住宅災害	発生年月日		発生場所		
	発生区分	1 火災	2 地震	3 風水害	
結婚	配偶者名		届出年月日		
出生	出生児名	(続柄)		出生年月日	
入学	児童名	(続柄)		生年月日	
還暦	生年月日				
結婚記念	結婚記念日		1 銀婚	2 珊瑚婚	3 金婚
勤続	採用年月日		1 勤続10年	2 勤続15年	
			3 勤続20年	4 勤続25年	
			5 勤続30年	6 勤続35年	

振込先	空知信用金庫			店	口座名義	
	銀行			支店		
口座番号					預金種別	1 普通 2 当座

上記のとおり共済事由を証明し、共済金を請求します。
また、共済金は上記口座に振り込みを依頼します。

令和 年 月 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

所在地

事業所名

共済契約代表者

印

委任状

私は、共済契約代表者に共済金の請求及び受領に関する一切を委任します。

令和 年 月 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

会員氏名

印