

会 員 番 号									

共 済 給 付 金 請 求 書

年 月 日

公益財団法人ひたちなか市生活・文化・スポーツ公社
理 事 長 様

会 員 住 所 [〒]

会 員 氏 名 ㊟

電 話 番 号

（会員死亡保険金の受給者氏名は親族の方となります。）

次のとおり、給付金を請求します。

1. 給付事由 _____

2. 給付事由発生年月日 _____

勤続祝金給付のとき 勤 続 年（ 年 月 日入社）
 傷病休業見舞給付のとき 休 業（ 年 月 日～ 年 月 日 日間）
 死亡弔慰給付のとき 死亡者（ ）会員との関係（ ）
 死亡年月日（ 年 月 日）

3. 給付請求金額 _____ 円

4. 受取方法 現金 サービスセンター窓口
現金 事業所
会費口座へ振込
会費口座以外へ振込の場合は下記に記入して下さい。

金融機関名	銀行・信用金庫		本店
	組 合 ・ 労 働 金 庫		支 店
口座の種類	普通・当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

※永年勤続、休業見舞金の請求のみ記入

（事業所確認欄）

事業所名

代表者名 ㊟

※記載事項については、勤労者福祉サービスセンターの事務以外には一切使用いたしません。

課長	副参事	課長補佐	係長	担当	受付印