

# 給付金請求書

金額		+		万		千		百		+		円
----	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

年 月 日

(公財) 堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記の給付事由が発生したので給付金を請求します。  
 また、事業主を代理人と定め、給付金の受領を委任しますので事業所指定の口座に振り込んでください。

会員番号		会員氏名 (新姓)	結婚で姓が変わった 場合の旧姓
事業所名		自宅住所 〒 (新住所) TEL	

給付金請求の種類 (該当給付項目欄に○印をご記入ください。)

事業所入会後6ヵ月経過以降に会員に発生した給付事由が対象です。

該当欄 に○	給付項目	給付金額	給付内容
<input type="checkbox"/>	結婚祝金	20,000円	(フリガナ) 配偶者氏名
<input type="checkbox"/>	結婚記念祝金 (満25年)	10,000円	(生年月日 <sup>S・H</sup> 年 月 日)
<input type="checkbox"/>	結婚記念祝金 (満50年)	10,000円	婚姻届出年月日 <sup>S・H・R</sup> 年 月 日
<input type="checkbox"/>	出産祝金	10,000円	(フリガナ) 氏名 続柄( ) 性別 男・女 生年月日 R 年 月 日
<input type="checkbox"/>	入学祝金 (小学校)	10,000円	(フリガナ) 氏名 続柄( ) 性別 男・女 生年月日 H 年 月 日
<input type="checkbox"/>	入学祝金 (中学校)	10,000円	学校名
<input type="checkbox"/>	還暦祝金	5,000円	生年月日 S 年 月 日
<input type="checkbox"/>	入院見舞金 (10日~)	10,000円	傷病名
<input type="checkbox"/>	入院見舞金 (30日~)	30,000円	入院期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日
<input type="checkbox"/>	入院見舞金 (50日~)	50,000円	病院名
<input type="checkbox"/>	障害見舞金 (1~3級)	90,000円	身体障害者手帳取得年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	障害見舞金 (4~6級)	45,000円	等級 級

- ※太枠内をご記入ください。
- ※証明書類等については、SCKガイドの「給付項目別証明書類一覧」をご参照ください。
- ※死亡弔慰金は、給付金 (弔慰金) 請求書 (様式-4) でご請求ください。
- ※1事由に1枚ご使用ください。
- ※同時に登録家族の変更がある場合は、会員変更届 (様式-1) もご提出ください。
- ※ご記入・添付いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外に使用いたしません。

確認2 確認1 担当 入力 変更

有

無

サービスセンター受付印
事業所入会年月日
年 月 日
入会年月日
年 月 日