平成　　年　　月　　日

給付請求書

調布市勤労者互助会　会　長　様

事業所所在地

会員番号 □□□□－□□□

入会年月日　S・H　　・　　・　　・

事業所名

会員住所

代表者名　　印

会員氏名　　印

※受取人記入欄は、会員が亡くなった場合のみです。

受取人	氏名	続柄	住所	実印

調布市勤労者互助会事業に関する規則に基づき、次のとおり給付金を請求いたします。

祝金	結婚	配偶者氏名	婚姻届提出日
		届出役所名	
	出生	出産年月日	子氏名
		病院名	
	入学（小・中）	子氏名	生年月日
		学校名	
	成人・還暦	生年月日	
弔慰金	会員死亡	氏名	死亡年月日
		生年月日	死亡時年令
	家族死亡	氏名	死亡年月日
		①配偶者　②子　③親	
見舞金	傷病休業	傷病名	休業　　日以上
		休業期間　自　年　月　日	至　年　月　日
		病院名	
	住宅災害	被災年月日	
		災害程度　①全焼（壊）　②半焼（壊）　③一部焼（壊）　④床上浸水	

※該当項目1ケ所のみ記入してください。※必要添付書類と一緒に提出してください。　※シャチハタ印不可。

給付事由		給付金額		主査	担当

振込依頼書

上記金額の受領について、下記口座に振込んでください。

銀行名	銀行・信金 信組・農協	支店	普・当 貯・他	口座番号							
口座名義人（カタカナ）											

振込処理日：　年　月　日　　振込日：　年　月　日　No.