

給付金請求書

一般財団法人東京城北勤労者サービスセンター事業に関する規則に基づき、下記のとおり請求します。

金額			十	万			千			百			十	円
----	--	--	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	---

給付事由	結 金 銀 成 出 入 入 入 障 住 死 死	会員氏名	S H	年	月	日
婚 婚 婚 人 生 (小) (中) 院 害 災 (会) (家)						
会員番号	-	※入会年月日				

※ 入会年月日はサービスセンターで記入します。

一般財団法人東京城北勤労者サービスセンター理事長 殿

※私は、サービスセンターが事業目的達成に必要な範囲で行う下記の事項を承認します。

- 1 事実確認のために関係者に説明及び確認を求めること
- 2 個人情報の収集・利用
- 3 個人情報保護のための指導

請求者	平成 年 月 日
会員住所	
会員氏名	⑩
事業所名	
日中連絡先 TEL	()
(会員本人死亡の場合:請求者は受取人)	

<窓口受領>

◎給付金額が3万円以下の場合、サービスセンター窓口で受領できます。下欄領収書に記入、押印してください。

領 収 書							
金額	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table>		万	千	百	十	円
	万	千	百	十	円		
上記の給付金を受領しました。	平成 年 月 日 受領者氏名 ⑩						

<口座振込>

◎給付金額が3万円を超える場合、もしくは、振込をご希望の場合は、下欄に会員本人名義の口座を指定し、添付書類を添えてご提出ください。申請受付日より1か月以内に振込みます。(振込手数料は、サービスセンターで負担します。)

振込先口座記入欄

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合		支店
口座種類	普通・当座 該当に○をお願いします	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

<代理人受領>

◎代理人の方が受領する場合は、委任状欄に記入・押印してください。

委 任 状	
私は、上記給付金の申請・受領を	に委任します。
平成 年 月 日	会員氏名 ⑩

(事務局使用欄)						受 付 印
事務局長	事務局次長	営業所長	入力	支給	確認	

給付事由		内 容				
祝 金	会 員	結 婚	配偶者 氏 名	婚姻届出 年月日	年 月 日	
		金 婚				
		銀 婚				
	成 人	会員本人 生年月日	年 月 日生			
	子	出 生	出生児 氏 名	出 生 年月日		年 月 日
入 学 (小・中)		入学者 氏 名	学 校 名		年 月 日生	
	入学者 生年月日					
見 舞 金	入 院	傷 病 名				
		入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
		入院日数	14日 以上 30日 以上 60日 以上 90日 以上	病 院 名		
	障 害	会員の 年 齢	70歳 未 満 ----- 70歳 以 上	歳	身体障害者 手帳の等級	級
		障 害 名			認 定 年月日	年 月 日
住 宅 災 害	損失の 程 度	全損(焼)・半損(焼)・一部損(焼)・床上浸水				
	発 生 年月日	年 月 日				
死 亡 弔 慰 金	会 員 本 人	死亡者 氏 名	死 亡 年月日		年 月 日	
		会員の 年 齢	70歳未 満 ----- 70歳以上	歳	請 求 者 名	
	会 員 家 族	死亡者 氏 名	死 亡 年月日		年 月 日	
		会員の 続 柄	実 親 ・ 配 偶 者 ・ 子			