

慶弔共済事由発生報告書兼証明書

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

請求日

年 月 日

本契約に関する個人情報、共済契約の締結・維持管理、共済金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

団体番号 34885	契約者(サービスセンター等)名 一般財団法人 入間市勤労者福祉サービスセンター	
事業所番号	事業所名 印	事業所代表者名 印

下記の事由のあったことを証明します。

会員 (受取人)	フリガナ 氏	名 印	性別 男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	会員番号
	住所 フリガナ					電話番号

生命型	会員の傷病休業	1. 14日以上30日未満の休業	受傷日	休業期間 年 月 日		
		2. 30日以上60日未満の休業	発病日			
		3. 60日以上90日未満の休業	初診日	年 月 日	から	
		4. 90日以上120日未満の休業	原因傷病名		年 月 日	
		5. 120日以上の休業			まで	
病院名、病院の住所と電話番号						
家族死亡	死亡者名	死亡年月日 年 月 日	性別 男・女	年齢 歳	生活区分 1.同居 2.別居	
	会員との関係 1.配偶者 2.子(死産 ヶ月) 3.親(実・継・養・義)					

※本人死亡・重度障害・住宅災害の各申請は、別の専用用紙が必要ですので、サービスセンターへ請求してください。

※コピーしてご利用下さい。