**給付申請書兼受領書**

公益社団法人

八王子市勤労者福祉サービスセンター　殿

**署名欄はすべて自署してください。窓口で現金受領の際は、免許証など受領者の本人確認のできる書類をご持参ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | |  | |  |  |  | |  | － |  |  |  |  |  | 入会申込日 | | | | 西暦 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | 資格発生日 | | | | 西暦 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | 会員氏名  （自署） | | | |  | | | | |
| 代表者名 | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | 自宅住所 | | | |  | | | | |
| 給付事由が下記のとおり発生したので、証明書類を添付し申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **給付事由** | | | | | | | | | | | | | | | **給付金額**　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 委任状  私は　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）  上記給付金受領の一切を委任します。  　　　申請者氏名  　　　　　（自署）  　　（受領を委任する場合） | | | | | | | | | | | | | | | 受領書  上記のとおり受領しました。  西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　　　受領者氏名  　　　　 （自署）  　　　　　　　　　　　（委任の場合は委任された人） | | | | | | | | |
| **給付事由内容** | | | | | | | ※該当する事由に○をつけ、記入してください（１事由につき１枚使用) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祝  金 | 結婚  銀婚  サンゴ婚 | | （ふりがな）  配偶者氏名 | | | |  | | | | | | | | | 婚姻届出日 | | | | | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 配偶者生年月日 | | | | | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 出生  入学 | | （ふりがな）  子の氏名 | | | | 会員との続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | 子の生年月日 | | | | | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 出生 | | 出産者名 | | |  | | |
| 入学 | | 学校名 | | |  | | |
| 満20歳  還暦 | | 生年月日 | | | | 西暦　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 見舞金 | 傷病休業 | | 傷病名 | | | |  | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | |
| 休業期間 | | | | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日～西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　延べ　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 弔慰金 | 親死亡  子死亡  配偶者死亡 | | 死亡者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 死亡年月日 | | | | | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 年齢 | | 歳 | | | 続　柄 | （ 　　　　　　　　　） |

※注意事項

・正会員の死亡弔慰金、死亡保険金、重度障害・後遺障害保険金を請求する場合は、給付申請書兼受領書のフォーマットが異なります。

当該事由が発生した場合は、必要書類を郵送いたしますので、やまゆりセンターまでご連絡ください。

受付日

・窓口の受付時間は、月曜日～金曜日(祝日は除く)までの８：３０～１７：００まで。

・申請期間は、給付事由が発生した翌日から３年以内です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 専務理事 | 事務局長 | 係 | 確認 | 入力 | 受付・本人確認者 | 本人確認方法 |
|  |  |  |  |  |  |  | １　運転免許証  ２　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ  ３　健康保険証  ４　その他  　（　　　　　　　　　） |