

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

保険金・弔慰金給付請求書

年 月 日

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター理事長 様 事業所名 _____

給付事由が発生したので給付金を請求します。 事業所TEL () - _____

会員番号

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--

会員氏名 _____ 印

1 請求金額 _____ 円

2 給付事由：該当する欄に記入

				※添付書類
会 員	傷病休業保険金	傷病名		保険金請求書兼証明書 ←一括用→ (第26-1号様式)
		休業期間	年 月 日～ 年 月 日	
		病院名	TEL() -	
会 員	死亡保険金	死亡の原因	疾病・不慮の事故・交通事故・その他()	本人死亡・後遺障害 保険金請求書 (第28号様式) その他
		死亡年月日	年 月 日 (歳)	
	障害保険金	障害理由	疾病・不慮の事故・交通事故・その他()	
障害状態				
		症状固定日	年 月 日	
	住宅災害保険金	災害年月日	年 月 日(火災・自然災害)	住宅災害保険金請求書 (第27号様式)、その他
家 族 の 死 亡 弔 慰 金	死亡者氏名	男 ・ 女 (歳)		添付書類不要 FAX申請可 (家族の死亡弔慰金のみ) FAX.0537-35-0300
	会員との関係	配偶者・子(妊娠7ヶ月以上の死産含む) 親(会員の親、配偶者の親)・その他()		
	死亡年月日	年 月 日	生活区分 同居・別居	
	住宅災害による 同居家族の死亡	事故発生日	年 月 日	

※添付書類はサービスセンターに請求ください。TEL.0537-35-0298

上記のとおり給付事由があったことを証明します。

年 月 日 事業所名 _____

代表者名 _____ 印

(注) ○請求期限 給付事由発生日から3年以内(事由発生日にサービスセンターに在籍していること。)

○締切 毎月25日

○給付方法 事業所の指定口座へ振込

①申請日が1日～25日→振込日は翌月17日

②申請日が26日～31日→振込日は翌々月17日

○請求方法 ① 郵送 〒439-0031 菊川市加茂2156(商工会館内)(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

② 持参 (一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

理 事 長	事 務 局 長	担 当 者

受 付 年 月 日
. .