

給付事由が発生したので給付金を請求します。

事業所名 _____

事業所TEL () —

会 員 番 号						-			
---------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

会 員 氏 名

1 請求金額 円

2 給付事由:該当する欄に☑のうえ記入

※ 添付書類

会 員	☐ 傷病休業保険金	傷病名			■ 本人保障・本人財産保障 保険金請求書 (CJ01様式) ■ その他 (請求内容により必要書類 が異なりますので、当サー ビスセンターまでお問合せ ください。) TEL.0537-35-0298
		休業期間	年 月 日	～ 年 月 日	
		病院名	TEL() -		
	☐ 死亡保険金	死亡の原因	疾病 ・ 不慮の事故 ・ 交通事故 ・ 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					
☐ 住宅災害保険金	症状固定日	年 月 日			
	災害年月日	年 月 日	(火災 ・ 自然)		
☐ 家族の死亡弔慰金	死亡者氏名	男 ・ 女	年齢(歳)	■ 添付書類不要 (家族の死亡弔慰金のみ FAX申請可) FAX.0537-35-0300	
		生年月日(年 月 日)			
	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 ※対象者 6親等以内の血族もしくは3親等以内の姻族			

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

(注) ○申請期限 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