

※受付年月日

岩見沢市勤労者共済会共済金請求書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求金額		¥	1	4	0	0	0	給付種目	傷病休業
会員番号	001-0000							会員氏名	共済 勤

死 亡	死 亡 者 名	(続柄)		死亡年月日	※休業 1 日目から 数えてください。
	死 因				
障 害	障 害 箇 所				
傷 病	傷 病 名	傷病名を記入		休業期間	6/1 ~ 6/25 (25 日間)
住宅災害	発生年月日			発生場所	
	発生区分	1 火災 2 地震 3 風水害			
結 婚	配 偶 者 名			届出年月日	
出 生	出 生 児 名	(続柄)		出生年月日	
入 学	児 童 名	(続柄)		生 年 月 日	
還 暦	生 年 月 日				
結婚記念	結婚記念日			1 銀婚 2 珊瑚婚 3 金婚	
勤 続	採用年月日			1 勤続 10 年 2 勤続 15 年 3 勤続 20 年 4 勤続 25 年 5 勤続 30 年 6 勤続 35 年	

振 込 先	空知信用金庫 銀行	本 店	店 支店	口座名義	株式会社共済 代表取締役 共済太郎
口座番号	0 0 0 0 0 0 0			預金種別	① 普通 2 当座

上記のとおり共済事由を証明し、共済金を請求します。
また、共済金は上記口座に振り込みを依頼します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

所 在 地
事 業 所 名
共済契約代表者

岩見沢市鳩が丘〇丁目〇-〇
株式会社 共済
共済 太郎



※振込先は事業所名義の
口座を記入してください。

※事業所印を捺印
してください。

委 任 状

私は、共済契約代表者に共済金の請求及び受領に関する一切を委任します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

※会員氏名を記入、捺印してください。
(シャチハタ等のスタンプ印は受付できません)

会員氏名 共済 勤



休 業 証 明 書

氏 名 : 共済 勤

生年月日 : 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生

上記の者、傷病により

令和 〇〇 年 6 月 1 日 ~ 令和 〇〇 年 6 月 25 日 まで

25 日間、休業したことを証明します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

所 在 地 : 岩見沢市場が丘〇丁目〇-〇

事 業 所 名 : 株式会社 共済

共済契約代表者 : 共済 太郎

※事業所印を捺印
してください。

