調布市勤労者互助会

共済金申請書

令和　　年　　月　　日

事業所名	
代表者名	㊞
所在地	
電話番号	

会員番号	ー
入 会 日	年　月　日
会員氏名	㊞
住　所	
携帯番号	

※１案件につき１申請となります。
※必要な添付書類（ガイドブック参照）
　を一緒に提出してください。

※会員死亡の時のみご記入ください。

受取人	氏　名	実㊞	続柄	
	住　所			
	電話番号			

☑ してください。

共済金		会員死亡	氏　名		生年月日	年　月　日
			死 亡 日	年　月　日	死亡時年齢	歳
		重度・後遺障害	原　因		生年月日	
		傷病休業	傷 病 名		病院名	
			休業期間	自　年　月　日 至　年　月　日	休業日数	日
		住宅災害	被 災 日	年　月　日	☐ 火災・爆発等　☐ 自然災害	
弔慰金		家族死亡	氏　名		☐配偶者　☐親　☐子	
			死 亡 日	年　月　日	死亡時年齢	歳

事務局欄	給付事由		給付金額	円

振 込 依 頼 書

金融機関名	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普 ・ 当 貯 ・ 他
フリガナ		口　座　番　号	
口座名義人			

※ゆうちょ銀行の場合は数字3桁の支店番号をご記入ください。
※ご記入いただいた貴人情報は適正に管理し本件以外の目的には利用しません。