

# 給付金等請求書兼証明書

(あて先) 全労済協会  
小諸・北佐久労働者互助会

会員番号	No. -	会員氏名	印				
住所		電話		保険金	円		
取扱金融機関: 下記より選択し、○印をお願いいたします。 八十二長野銀行・長野県労働金庫・長野県信用組合 上田信用金庫・JA佐久浅間			支店・支所名				
			フリガナ				
			口座名義				
			口座番号	普通・当座			
○印	給付事由	証明内容				添付書類	
	会員死亡	年月日死亡	死亡原因	年齢	満歳		
家族死亡	死亡者氏名			男・女	年齢	満歳	戸籍謄本・死亡届など続柄と死亡が確認できるもの死産、住宅災害の場合は他に死亡診断書・検査書等(コピー可)
	会員との関係	(義)父・(義)母・配偶者・子(死産月)					
	年月日死亡	生活区分		同居・別居			
傷病による休業	傷病名					休業日数の確認できるもの(タイムカード等)	
	休業期間	年月日～年月日(日間)					
	給付済期間	年月日～年月日(日間)					
	病院名	電話					
	所在地・連絡先						
結婚	配偶者氏名			配偶者生年月日	年月日生	戸籍謄本など婚姻日が確認できるもの(コピー可)	
	婚姻届提出日	年月日		婚姻届出役所名			
出生	産婦氏名			出生年月日	年月日生	会員と出生児の関係が確認できる戸籍謄本・母子手帳の出生届出済証明など(コピー可)	
	病院名			出生児氏名 及び 会員との続柄	フリガナ 続柄		
就学	児童氏名			生年月日	年月日生		
	小学校名			生活区分	同居・別居		
				入学年月日	年月日入学		
銀婚	婚姻年月日	年月日				戸籍抄本(コピー可)	
	婚姻25年目到来日	年月日					
勤続	入社日	年月日(勤続年)					
退職	入社日	年月日	退職日	年月日(勤続年)			
	互助会加入日	年月日(互助会年間加入)					
ディズニー	利用予定日	年月日	補助券希望家族名				
人間ドック	受診日	年月日	種類	日帰り・宿泊		領収書(コピー)	
	受診医療機関名						
インフルエンザ	接種日	年月日	※会員本人のみとなり、申請期間は10月1日～翌年2月末日までとなります				
	受診医療機関名					領収書(コピー)	

上記の事由があつたことを証明し、請求いたします。本契約に関する個人情報が、保険契約の締結・維持管理、給付金の支払などの判断に関する業務のために利用されることに同意します。

年月日

事業所名

代表者名

印