

# 慶弔給付金請求書

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

|                                                                               |                                                                                                                                                                    |  |  |       |                |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------|----------------|-------|--|
| 契約者番号                                                                         |                                                                                                                                                                    |  |  | 契約者名  |                |       |  |
| 共済番号                                                                          |                                                                                                                                                                    |  |  | 加入年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |  |
| 氏 名                                                                           | ※結婚祝金のみ（旧姓）                                                                                                                                                        |  |  |       |                |       |  |
| 慶弔年月日                                                                         |                                                                                                                                                                    |  |  |       |                |       |  |
| 慶弔の内容<br><br>(該当番号を○で<br>囲んでください)<br><br>※事実を証する<br>証明書等の写<br>しを添付して<br>ください。 | 1. 結婚祝金 20,000円<br><br>2. 出産祝金 10,000円<br><br>子の氏名 _____<br>_____<br><br>3. 弔慰給付金 20,000円<br><br>※本人・配偶者いずれかを○で囲み、配偶者の場合は、氏名を記入してください。<br><br>本 人<br><br>配偶者 _____ |  |  |       |                |       |  |

上記のとおり慶弔給付金を請求します。

令和 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

印