

傷病・災害見舞金請求書

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 平成 令和	年	月	日
氏名									
事実の発生年月日									
傷病・災害の内容	1. 傷病見舞金 10,000円 2. 災害見舞金 20,000円 (該当番号を○で囲んでください)								
見舞金請求の理由	※入院（1ヶ月以上）・罹災の事実がわかる書類の写しを添付してください。								

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