



傷病見舞金請求書

令和 年 月 日提出

(あて先) 理事長

Form with fields for contract number, member number, member name, hospitalization period, requester name, relationship, residence, and contact info.

Form for business name and business telephone number.

Form for bank account details including branch name, account type, and account number.

受付印 (Receipt Stamp) area

(ご注意) ... (添付書類) ... (Notice and attachment requirements)

A4たてサイズにコピーまたはプリントアウトしてご利用ください。 (A4 vertical size copy/print instructions)



公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター

傷病見舞金請求書

平成24年 4月21日提出

(あて先) 理事長

朱肉印を使用してください。銀行印でなくても結構です。

契約番号			会員番号					
0	8	0	0	0	0	0	0	3
会員名	福祉 一郎							
入院期間	平成 24 年 4 月 1 日から 平成 24 年 4 月 15 日まで							
請求者名	福祉 一郎							
請求者と会員との続柄(該当するものに○をつけてください)								
<input checked="" type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 配偶者	<input type="radio"/> 子供	<input type="radio"/> 父母	<input type="radio"/> 孫	<input type="radio"/> 祖父母	<input type="radio"/> 兄弟姉妹		
現住所	〒 333 - 0845 川口市上青木西 1 - 20 - 5 上青木西マンション 101							
連絡先 TEL	048 (257) 5552							

本人死亡時以外は
ご本人の現住所を
ご記入ください。

事業所名	株式会社勤労製作所
事業所 TEL	048 (257) 5551

振込先金融機関	センター		川口支店	
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 2 当座 <input type="radio"/> 4 貯蓄	口座番号	0099999
	口座名義人	カナ 漢字	フクシ イチロウ 福祉 一郎	

本人死亡時以外は
必ずご本人の口座を
ご記入ください。

受付印

(ご注意) ○ 太枠内をもれなくご記入ください。
○ 印かんは、朱肉印をご使用ください。(スタンプ印使用の場合は取り扱えません)
○ 請求は、会員死亡の場合を除き、必ず会員本人がおこなってください。
○ 1年度につき1回のみ請求できます。

(添付書類) 1) 会員本人の請求時…(以下のいずれか1点)
①入院期間の記載された医師の診断書(入院期間完了のもの)(コピー不可)
②入院期間の記載された医療機関の領収書(コピー可)
③入院期間の記載された医療機関の証明書(コピー不可)
2) 会員遺族の請求時
上記書類のほかに、会員の「死亡年月日」「請求者との続柄」を証明できる以下の書類。(コピー不可)
①会員の戸籍謄本 ②会員の住民票(世帯全員のもの)
※ 請求者が配偶者以外の場合は、「正当な請求権者であることを証明できる書類」「他の同順位請求権者からの委任状および印鑑証明」が必要となります。詳細につきましてはお問い合わせください。

A4たてサイズにコピーまたはプリントアウトしてご利用ください。
当センターの請求用紙はすべてA4たてサイズです。これ以外のサイズで提出されたものは、受付できませんので、あらかじめご了承ください。