

給付金申請案内及び添付書類について

●ご案内

1. 当会では、給付事由が発生した場合、(一財)全労済協会との一部提携により、給付金をお支払しております。
2. 給付金受給資格は共済会入会月の翌月からとなります。また、申請期間は事由発生後3年間ですが、会員を脱会されると給付資格は失効となりますので、事務局まで早めに申請して下さい。
3. 給付金のお支払いは、審査の上決定しますので、1ヶ月ほど時間がかかります。予めご了承下さい。
4. 会費の未納がある場合は共済給付金のお支払いを停止いたします。
5. 申請には給付事由1件につき申請書が1枚必要です。

●添付書類一覧表 下記の表をご参考に必要書類を添付の上、申請書を事務局までご提出して下さい。

| 提出書類 | 共済事由 | 添付書類 |
|-------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 死亡弔慰金 | 本人 | ①全労済協会所定共済金請求書（事務局までご連絡下さい） ②会員と受取人の関係を証明する戸籍謄本 ③医師の死亡診断書（検案書）の写し（死因及び死亡日の確認できるもの） ④別途添付書類が必要な場合あり ※不慮・交通事故は別途添付書類必要 |
| | 配偶者 | ①戸籍謄本（会員との関係と死亡日の確認ができるもの） |
| | 親 | ①親の戸籍謄本等（死亡日の確認ができるもの） ②会員の戸籍謄本等（会員との親子関係が確認できるもの） |
| | 子 | ①子の戸籍謄本（会員との関係と死亡日の確認ができるもの） |
| | 住宅災害による同居親族 | ①医師の死亡診断書（検案書）の写し（死因及び死亡日の確認できるもの） ②別途添付書類が必要。（事務局までお問い合わせください） |
| 見舞金 | 傷病休業 | ①全労済協会所定傷病休業保険金請求書（事務局までご連絡下さい） ②医師の診断書等傷病による休業日数が確認できる書類（写し可） |
| | 障害 | ①全労済協会所定共済金請求書（事務局へご連絡下さい） ②医師の後遺障害診断書等 ※その他事由により別途必要書類あり（事務局までお問い合わせください） ※障害認定は労働者災害補償保険法施行規則に準じています。 |
| | 住宅災害 | ①全労済協会所定共済会請求書（事務局までご連絡下さい） ①関係官署の罹災証明書等（至急事務局までご連絡下さい） |
| 祝い金 | 結婚 | ①戸籍謄本等、配偶者氏名記載で法律上の婚姻が確認できるもの ※改姓の場合は会員証を添付 |
| | 子の出生 | ①母子手帳の写し、健康保険証の写し、または住民票の写し等、いずれか出生と会員との親子関係がわかるもの。※生後14日以内の死亡は対象外 |
| | 子の小学校入学 | 会員と生計を一にする子が対象 |
| | 子の中学校入学 | ①健康保険証、または住民票等の写しのいずれか、子の生年月日と会員との親子関係が確認できるもの |
| | 銀婚 | ①戸籍謄本等(事由発生日以降に発行されたもの)で配偶者氏名と婚姻日が確認できるもの(夫婦健在) |
| | 金婚 | ①戸籍謄本等(事由発生日以降に発行されたもの)で配偶者氏名と婚姻日が確認できるもの(夫婦健在) |

※ 戸籍謄本は写し可 ※戸籍謄本=全部事項証明書

※ 事由の内容と詳細は保存版でご確認頂くか、事務局までお問い合わせください。

多摩市勤労者市民共済会事務局

042-375-8111（内線2365）

共済金給付申請書兼証明書

平成 年 月 日

多摩市勤労者市民共済会会長殿

下記の共済事由が発生したことを証明し、共済契約に同意の上、必要書類を添えて申請いたします。

事業所名 _____

事業所住所 _____

代表者名 _____ (印)

| | | | | | | | | | |
|------|---|----------------|--|--|--|--|--|--|-----|
| 会員番号 | — | 会員氏名 (受給者名) | | | | | | | (印) |
| 共済事由 | | 給付金額 | | | | | | | 円 |

該当する事由の□欄に✓印をつけてください。

| 共済事由 | | 証 明 内 容 | | | |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|---------|-------|
| 祝 金 | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 銀婚 <input type="checkbox"/> 金婚 | フリガナ 配偶者氏名 | | 配偶者生年月日 | 年 月 日 |
| | | 婚姻届出提出日 | | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 出生 | フリガナ 子の氏名 | | 出産年月日 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 小学校入学 <input type="checkbox"/> 中学校入学 | フリガナ 子の氏名 | | 生年月日 | |
| | | 入学年月日 | 年 4 月 1 日入学 | | |
| 弔 慰 金 | <input type="checkbox"/> 会員死亡 | 死亡者氏名 | 男・女 (満) | | |
| | | 会員との続柄 | 本人・配偶者・子(死産 ヶ月)・父・母(実・養・義・継) | | |
| | <input type="checkbox"/> 家族死亡 | 死亡年月日 | 年 月 日 | | |
| 見 舞 金 | <input type="checkbox"/> 傷病休業 見舞金 | 傷病名 | | | |
| | | 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 | Tel | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------|------|-----------|---------------|--|--|--|--|--|
| 受 取 方 法 | <input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口受取 | 振込口座 | 銀行名 | 銀行・信金・農協 本・支店 | | | | | |
| | | | 口座番号 | 普・当 | | | | | |
| | | | 口座 名義人 | フリガナ | | | | | |
| | | | 連絡先 | Tel () | | | | | |

※添付書類については裏面をご参照の上、申請書とともにご提出下さい。
 ※今回いただいた個人情報には当会の目的以外には使用いたしません。
 ※申請には給付申請1件につき申請書が1枚必要です。

事務局記載欄

| | | |
|-----|-------|--------------|
| 受付日 | データ入力 | 振込/現金 処理日 |
| | | |

| | | |
|----|-------|------|
| 担当 | 事務局次長 | 事務局長 |
| | | |