

# 給付金請求書兼証明書(祝金用)

彦根地域勤労者互助会 御中

本契約に関する個人情報、給付契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務目的のために利用されることに同意します。

請求日
平成 年 月 日

下記の事由があったことを証明します。

事業所番号	事業所名	印
	事業所代表者名	

会員受取人	フリガナ 氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)	会員番号
住所	〒 (フリガナ)	電話局番号	市外 ( ) 局番 番号	入会年月日	昭・平 年 月 1 日	

結婚	配偶者氏名(旧姓・フリガナ)	婚姻届出日	配偶者生年月日	届出役所名	
		平成 年 月 日	昭・平 年 月 日		
出生	産婦名	子の名 (フリガナ)	出生年月日		
		男・女	平成 年 月 日		
	病院名	病院の所在地	病院の電話番号	( ) -	
入学	子の氏名	入学年月日	学校名	子の生年月日	生活区分
		平成 年 月 日	小学校	平成 年 月 日	同居・別居

会員の還暦祝(満60歳)	
--------------	--

退会餞別金(在会10年以上)	退会事由	
	1. 定年 2. その他	

勤続祝金	入社年月日	勤続事由確定日	
10年 15年 20年 25年 30年 35年 40年	昭・平 年 月 日	平成 年 月 日	

※ 1. 各該当項目等に○印を付け、必要事項をご記入ください。