

給付請求書兼変更届 (弔慰金用)

(一財)大垣勤労者福祉
サービスセンター 理事長 様

会員番号 _____

事業所名 _____ 印

以下の内容にて給付金を請求し、それに伴い
該当事項を変更します。

会員氏名 _____ 印

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

シヤチハタは不可

給付事由	給付金額	内 容
死亡弔慰金	円 20,000	配偶者氏名: _____ (夫・妻) 死亡年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	10,000	子の氏名: _____ 子の年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死産の場合 死亡年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (妊娠 _____ ヶ月)
	5,000	父母の氏名: _____ (実・義・養・継) 父・母 死亡年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡時の満年齢: _____ 歳

- 添付書類 (写し可)
1. 死亡事項登載の戸籍謄本
 2. 請求者との続柄が明らかな戸籍謄本

給付金の振込先口座

銀行・金庫 組合・農協							本・支店 出張所	種別	普通・当座
口座番号						(フリガナ) 口座名義			

給付金のお支払いは1～2ヶ月かかりますので、ご了承ください。

サービスセンター記入欄

給付入力	変更入力	備考	決裁	常務理事	事務局長	係長	係