

決定額	※
-----	---

福 利 厚 生 給 付 金 請 求 書

年 月 日

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

福利厚生事業規程第21条の規定により、次の給付金を請求します。

請求者	施設名			登録職員番号					
	登録職員氏名	請求者印		加入年月日	年 月 日				
	遺族氏名	(続柄)		退職(死亡)年月日	年 月 日				
請求する項目に○をして、必要事項をご記入ください。該当する□内に✓を入れてください。								財 使 用 欄	
	① 結婚祝金	配偶者氏名	届出年月日	年 月 日	※				
	② 出産祝金	出生児氏名	出産 死早年月日 流産	年 月 日					
	③ 死産等見舞金								
	④ 死亡弔慰金	死亡者氏名	死亡年月日	年 月 日					
	⑤ 配偶者死亡弔慰金								
	⑥ 父母死亡弔慰金			死亡した父母との続柄 <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 養父母 <input type="checkbox"/> 同居の義父母					
	⑦ 遺児育英金	<input type="checkbox"/> 18歳未満の遺児1人 <input type="checkbox"/> 18歳未満の遺児2人以上							
	⑧ 入院見舞金	傷病名	入院期間		年 月 日から	年 月 日(日)			
	⑨ 災害見舞金	<input type="checkbox"/> 住居及び家財全壊		<input type="checkbox"/> 住居または家財全壊					
		<input type="checkbox"/> 住居及び家財半壊		り災年月日		年 月 日			
	⑩ 就学祝金	子の氏名	生年月日		年 月 日				
			小学校就学日		年 月 日				
送 金 先	銀行・農協・ その他()		支店 支所		フリガナ 口座名義				
	普通・その他 ()	口座番号							
上記のとおり相違ないことを証明します。									
年 月 日									
加入施設経営者氏名								印	

注1 ※欄は記入しないでください。

注2 請求項目③、④、⑥、⑦、⑧、⑨においては必要な証明書（証明印のあるもの）の写しを添付してください。

③ 医師または助産師による妊娠月数及び胎児の数を証明する書類（母子手帳等） ④ 戸籍謄本等

⑥ 義父母の場合は続柄と同居を証明する書類（配偶者の戸籍謄本または抄本+義父母住民票+登録職員住民票）

⑦ 登録職員の戸籍謄本+生計維持関係を証明する書類 ⑧ 入院期間を証明する書類（領収書等）

⑨ 市町村または消防署等公的機関が発行した「り災証明書」

注3 給付金は、事由が発生した日以降、2年以内に請求してください。また、遺族が請求する場合は遺族代表者が請求してください。