

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				
	登録職員名		請求者印	加入年月日	年 月 日			
	遺族氏名	登録職員が死亡の場合のみ記入 (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		出産年月日	年 月 日			
	③ 死産等見舞金			死早流産				
	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		□実父母 □養父母 □同居の義父母				
	⑦ 遺児育英金	□ 18歳未満の遺児1人		□ 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	□ 住居及び家財全壊		□ 住居または家財全壊				
		□ 住居及び家財半壊		り災年月日 年 月 日				
	⑩ 入学祝金	子の氏名		生年月日	年 月 日			
		□ 小学校 □ 中学校		入学日	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(除票)+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。