

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 印		加入年月日	年 月 日			
	遺族氏名			退職（死亡）年月日	年 月 日			
		登録職員が死亡の場合のみ記入 (続柄)						財 団 使 用 欄
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。								※
	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		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 子ども死亡弔慰金	死亡した子どもとの続柄 □実子 □養子						
	⑧ 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						
	⑨ 入院見舞金	傷病名	入院期間	年 月 日から 年 月 日(日)				
	⑩ 災害見舞金	□ 住居及び家財全壊 □ 住居または家財全壊		年 月 日				
		□ 住居及び家財半壊 □ 住居または家財全壊						
	⑪ 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、⑧、⑨、⑩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）

⑧登録職員の戸籍謄本+生計維持関係を証明する書類 ⑨入院期間を証明する書類（領収書等）

⑩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。