

慶弔給付金給付申請書（傷病見舞金）

令和 7 年 4 月 1 日

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

会 員 番 号 0 0 0 8 5 0 0 0 0

会 員 住 所 浜松市〇〇区〇〇町〇〇番地

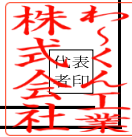
会 員 氏 名 浜松 太郎

(署名又は記名押印)

記入例

浜松市・湖西市勤労者共済会慶弔給付要綱第6条の規定により、給付金の申請をします。

休業期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日 (〇日間)
【事業所証明欄】	
上記のとおり給付事由があったことを証明します。	
令和 〇年 〇月 〇日	
会員事業所名 わ〜くん工業(株)	代表者氏名 浜松 一郎



原因傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇
【医療機関証明欄】	
上記のとおり傷病事由があったことを証明します。	
令和 〇年 〇月 〇日	
医療機関名 浜松〇〇〇病院	代表者氏名 浜松 花子



※事業所と医療機関双方の証明が必要となります。
※医療機関の証明は、本人と確認のできる診断書等のコピーで代用できます。
※申請時に(一財)全国勤労者福祉・共済振興協会の指定用紙(複写書類)を添付してください。

委 任 状 (委任する人がすべて自筆で記入してください)

令和 年 月 日

代 理 人 氏 名

私は上記の
(委任する人)

会 員 氏 名

窓口で代理人として会員本人以外の方がお越しになる場合は、
会員本人がご記入のうえ、ご提出ください。



決 裁	事務局長	次 長	主 幹	係 長	主 任	係	担 当