

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	
全福ネット	○

自治体提携慶弔共済保険 傷病休業給付金請求書

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中
(全労済協会)

以下の内容にて、給付金を請求いたします。

本契約に関する個人情報、保険契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

請求日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

契約者	団体名	公益財団法人 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター		
	代表者名	理事長 井手之上 清治		

受取人	フリガナ		事業所番号		会員番号	
	氏名					
	〒	-	フリガナ			
	TEL () -					

該当する項目すべてに○をつけてください。

傷病名					
休業期間			左記休業期間におけるご請求(受取)済期間		
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日分まで		
請求書類	280. 14日以上30日未満		円	給付金合計	
	281. 30日以上60日未満		円		
	282. 60日以上90日未満		円	円	
	283. 90日以上120日未満		円		
	284. 120日以上		円		
	添付書類				確認欄
1	医師の診断書または健康保険等の傷病手当金の請求書等、傷病による休業期間が確認できる書類(写し可)各サービスセンター等において、休業期間を確認してください。全労済協会への提出は不要です。				
2	その他 ()				

<全労済協会処理欄>

県番号		団体番号							
-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--

給付金申請書

FAX不可

郵送またはご持参下さい。

公益財団法人 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

平成 年 月 日

の事由により下記の給付金を申請いたします。

*記入しないでください。

* 金額	千	円
------	---	---

入会 年月日	平成 年 月 日
会 員 番 号	

事業所名 _____

自宅住所 _____

連絡先 _____

申請者氏名 _____ (印)

申請者本人以外が給付金を受領する場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状	
私は、上記給付金の受領を _____ (印) に委任します。	
平成 年 月 日	
受取人が会員ご本人でない場合は、夫婦の場合でも 必ず委任状が必要となります。	委任者氏名 _____ (印)

口座振替の場合	振 込 依 頼 書	
	上記給付金の受領について、下記の口座に振り込んでください。	
	氏 名 _____ (印)	
	金融機関名	鹿児島銀行 その他の金融機関 ()
口座の種類	普通・当座・貯蓄	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

【注】1. 金融機関名及び本・支店名の記載間違いの場合は、再振込手数料が必要となります。

以下は記入しないでください

会費納入 状況	平成 年 月分 まで納入済	担当者印
------------	------------------	------

データ 更新	平成 年 月 日	担当者印
-----------	----------	------

受 付 印

事務局長	課 長	担 当

	決済日	平成 年 月 日
全 労 済	申請日	※平成 年 月 日
	振込日	※平成 年 月 日
	振込日	平成 年 月 日

裏面もご記入ください。⇒