

# 慶弔見舞金給付申請書

年 月 日

宮崎医療生活協同組合  
共済会支部長 殿

所属部署

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、次の事由により慶弔見舞金給付を申請いたします。

(該当する番号を○で囲んでください)

- 1 結 婚  
(婚姻日 年 月 日)
- 2 本人出産  
(出産日 年 月 日)
- 3 配偶者出産  
(出産日 年 月 日)
- 4 親族死亡  
(死亡日 年 月 日 死亡親族名 続柄 )
- 5 入院見舞金  
(入院期間 年 月 日～ 年 月 日)  
(傷病名 )

※ なお、この給付の遡及期間は、特別な場合を除き3ヶ月以内です。

支部長印	担当者印
支給金額	