

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)

- 結婚
(婚姻日 年 月 日)
在籍1年未満 10,000円
在籍1年以上3年未満 15,000円
在籍3年以上 20,000円
- 本人出産
(出産日 年 月 日)
- 配偶者出産
(出産日 年 月 日)
- 親族死亡
(死亡日 年 月 日 死亡親族名 続柄)
- 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	本人受領印
支給金額		