

勤労者保障事由証明書

全労済協会
佐久市勤労者互助会長

御中
殿

| | | | |
|------|-----|------|--|
| 会員番号 | | 会員氏名 | |
| 住所 | TEL | | |

| 〇印 | 給付事由 | 証 明 内 容 | | | | |
|-----|---------|---------|-----------------|-------------------|------------------|-------|
| | | 死亡者氏名 | | 性別 | | 生活区分 |
| 共済 | 家族死亡 | 死亡年月日 | 年 月 日 | 会員との関係 | | |
| | | 会員との関係 | 父・母・配偶者・子・死産(月) | | | |
| | | 傷病休業 | 傷病名 | | | |
| | | 休業期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 共済 | 結 婚 | 配偶者氏名 | | 配偶者生年月日 | 年 月 日 | |
| | | 婚姻届提出日 | 年 月 日 | 届出役所名 | | |
| 共済 | 出 生 | 産婦氏名 | | 出生児名及び 会員との続柄 | フリガナ | |
| | | 病院名 | | | 氏名 | ----- |
| | | 出生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | | |
| 共済 | 就 学 | 児童・生徒氏名 | | 生活区分 | 同居・別居 | |
| | | 学校名 | | 入学年月日 | 年 月 日 | |
| 共済 | 二十歳 | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | | 還 暦 | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 共済 | 銀 婚 | 婚姻年月日 | 年 月 日 | 婚姻25年到来日 | | |
| | | 勤続※ | 入社日 | 年 月 日 | (勤続 年) ※同一事業所20年 | |
| 共済 | 退 会 | 入社日 | 年 月 日 | 互助会加入日 | 年 月 日 | |
| | | 退職日 | 年 月 日 | 会員加入年数5年以上で請求できます | | |
| 補助金 | インフルエンザ | 接種日 | 年 月 日 | 受診医療機関名 | | |
| | 人間ドック | 受診日 | 年 月 日 | 受診医療機関名 | | |
| | 脳ドック | 受診日 | 年 月 日 | 受診医療機関名 | | |

振込先

| | | | | | |
|-------|--|-----|--|--------|--|
| 金融機関名 | | 支店名 | | (フリガナ) | |
| 口座番号 | | | | 口座名義 | |

上記のとおり給付事由のあったことを証明します。

年 月 日

事業所名 ㊞

代表者名 ㊞

【お問い合わせ先】 佐久市役所 商工振興課 電話 0267-62-3265