

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		フリガナ	
		会員氏名	
住所	TEL		

	○印	給付事由	証 明 内 容				
共済		家族死亡	死亡者氏名			性 別	
			会員との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 死産 （ 月 ）			
			死亡年月日	年 月 日	生活区分	同居 ・ 別居	
		傷病休業	傷 病 名				
			休業期間①	年 月 日	～	年 月 日	
			休業期間②	年 月 日	～	年 月 日	
		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		
		出 生	産 婦 氏 名			フリガナ 氏名	
			病 院 名				
			出生年月日	年 月 日	出生児名及び 会員との続柄	続柄	
		就 学	児童・生徒氏名			生活区分	同居 ・ 別居
			生 年 月 日	年 月 日生			
			学 校 名			入学年月日	年 月 日
		二 十 歳	生 年 月 日	年 月 日			
		還 暦	生 年 月 日	年 月 日			
		銀 婚	婚 姻 年 月 日	年 月 日	婚姻25年到来日	年 月 日	
		勤 続 ※	入 社 日	年 月 日	（勤続 年）※同一事業所20年		
	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 ※原則、事業所の会費引き落とし口座へ入金させていただきます。

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 印
代表者名 印