

## 福利厚生給付請求書

神奈川県行政書士会大和・綾瀬支部

支部長

請求日

年

月

日

会員氏名	:	
事務所所在地	:	
電話番号	:	(請求者と連絡可能な電話番号)

下記の通り、給付金を請求します。

## 記

	給付原因	給付要件			
1	会員の死亡	死亡日	年	月	日
2	会員の疾病などによる廃業	廃業日	年	月	日 状況:
3	会員の傷病による3週間以上の入院	入院日	年	月	日
4	会員の配偶者の死亡	死亡日	年	月	日 氏名:
5	会員の一親等の親族の死亡	死亡日	年	月	日 氏名: 会員との続柄:
6	会員の罹災	罹災日	年	月	日 状況:
7	会員の結婚	入籍日	年	月	日 氏名:
8	会員または会員の配偶者の出産	出産日	年	月	日 会員本人・配偶者

※該当する番号に○をつけ、給付要件を記入してください。

## 振込を受ける口座

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)
		当座・普通		

※ゆうちょ銀行の場合は支店名と口座種別は不要、口座番号に記号・番号を記入してください。

請求者住所:

請求者氏名:

(会員との続柄: )

印

- ・請求者が会員の場合は職印で押印してください。
- ・遺族が請求することができるのは、会員の死亡に限ります。
- ・給付原因を証する書面を添付してください。
- ・請求可能期間は、給付原因発生の日の翌日から起算して1年以内となります。