

決 済	会 長	事務局長	担 当	台 帳	入 力

様式第9号-②

遠州ライフサポートセンター

# 弔 慰 金 給 付 申 請 書

遠州ライフサポートセンター 会長 様

平成 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員住所

---

会員氏名

---

印

事業所名

---

代表者氏名

---

印

下記のとおり共済事由が発生したので、関係書類を添えて共済金の給付を申請します。

記

一 金 円

共済事由(該当する事由の番号に、○を記入してください。)

1 家族死亡弔慰金

配偶者 子 父・母 (会員の親・配偶者の親)

死亡者名 \_\_\_\_\_ 死亡日 平成 年 月 日

性 別 男・女 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳 生活区分 同居・別居

2 住宅災害による同居親族の死亡弔慰金 原因 火災等による 自然災害による

死亡者名 \_\_\_\_\_ 死亡日 平成 年 月 日

性 別 男・女 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳 続柄 \_\_\_\_\_

(同居する親族とは、会員の配偶者又は6親等内の血族もしくは3親等以内の姻族です。)

上記の金額を領収しました。

平成 年 月 日

氏 名

遠州ライフサポートセンター 会長 様

印

お悔やみ申し上げます

この「弔慰金給付申請書」の該当欄に記入いただき「ご印鑑」を持参の上、2ヵ月以内に下記の所でお受取下さい。

【給付取扱い場所】

- 1 遠州LSC事務局 2 袋井市産業環境部産業政策課 3 浅羽町商工会 4 森町役場産業課

※自治体提携慶弔共済保険(集団扱特約付全幅ネット慶弔共済保険)の契約内容に基づき給付いたします。

<引受保険団体> 一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会)

20170401