

捺印を押印してください。

委任日以降の日付

東

代表者印

申請日	令和	元年	6月	4日
受付日		*年	月	日

(宛先) 高松市長

申請者 被共済者番号 0007

被共済者氏名 東 都子 (遺族氏名)

東

上記加入者番号 10320

住所 高松市番町五丁目6番7号

事業所名 帝都病院

代表者氏名 理事長 京橋 徹

代表者

添付資料が必要です

- ・被共済者異動届
- ・被共済者証

※紛失の場合は紛失届

高松市中小企業勤労者
福祉共済事業

給付金給付

給付金の種類と給付金額を記入してください。
なお、金額の訂正は一切できません。誤った場合は、再度、書類を書き直してください。

給付金の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

給付種類	退職せん別金												
給付金額	10,000円												
給付対象者 結婚(配偶者) 出産(出生児) 入学(入学者) 死亡(死亡者) の場合のみ記入	氏名	姓	名				性別	1男・2女					
	生年月日	年	月	日	続柄	※							
	事実発生年月日	年	月	日	親族番号	※							
傷病見舞金	傷病名	欠勤		自	年	月	日						
	区分	業務上・業務外		至	年	月	日	日間					
災害見舞金	災害の種類				災害発生	年	月	日					
永年勤続慰労金	被共済者資格取得年月		被共済者証に印字してある「被共済者資格取得日」及び退職日を記入してください。										
勤労青少年奨学金 技能修得奨学金	学校名				入学	年	月	日					
	学部 科名				卒業	年	月	日					
退職せん別金	被共済者資格取得年月日	平成	24	年	6	月	1	日	被共済者期間	7	年	0	月
	退職年月日	令和	元	年	5	月	31	日					

※印欄は記入しないでください。

委任状

受任者住所 高松市番町五丁目6番7号

事業所名 帝都病院

代表者氏名 理事長 京橋 徹

代表者印

私は、上記の者を代理人と定め、上記給付金の申請(請求)及び受領に関する権限を委任します。

令和元年 5月31日

委任者住所 高松市番町九丁目1-1

被共済者氏名 東 都子 (遺族氏名)

東

事実発生日以降を記入してください。

事象発生日から3か月以上経過しての申請には、遅滞理由書の添付が必要です。