

申請日		年	月	日
受付日		*年	月	日

(宛先) 高松市長

申請者 被共済者番号

--	--	--	--	--

被共済者(遺族)氏名

印

上記 加入者番号

--	--	--	--	--

代理人

住所

事業所名

代表者氏名

印

高松市中小企業勤労者
福祉共済事業

給付金給付申請書

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														※	
給付金額															
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			期間	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日							年			月		日		
勤労青少年奨学金 技能修得奨学金	学校名				履修	年限	年制		入学	年月		年	月		
	学部 科名				在学	年	年・回生								
退職せん別金	被共済者資格 取得年月日			年			月		日	被共済者 期間	年	月			
	退職年月日			年			月		日						

※印欄は記入しないでください。

委任状

受任者住所
事業所名
代表者氏名

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。

年 月 日

委任者住所
被共済者(遺族)氏名

印