

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
5

慶弔給付金請求書

令和 年 月 日

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター給付事業規程に基づき、
 給付金を請求します。

請求金額										円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

■下記の給付請求事項について証明します。

会員番号

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

事業所名

事業主名 _____ 印 会員(請求者)氏名 _____ 印

事業所TEL () (結婚の場合:旧姓 _____)

給付金振込先(1か2に○印。両方に記入がある場合は2の記入を優先します)

- 現在登録してあるサービスセンター会費振替口座(事業所口座)を希望する
- 下記に振込先を指定する(会員事業所もしくは会員本人名義が指定できます)

*郵便局は指定できません *記入もれのないよう正確にご記入ください *結婚等で名義変更がある場合は変更後に申請してください

金融機関名	銀行コード()		支店名	店番号()			
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号				
フリガナ	*必須						
口座名義							

該当するものに○印をつけて、下記必要事項を記入してください

20歳祝金	生年月日	昭和 平成	年	月	日生(満 歳)	
還暦祝金(満60歳)						
★結婚祝金	配偶者氏名()	入籍日	昭和 平成 令和	年	月	日
水晶婚祝金(結婚満15年)	配偶者()					
銀婚祝金(結婚満25年)	生年月日()					
出産祝金	子の氏名()	生年月日	平成 令和	年	月	日生
入学祝金(該当に○をつける) 1.小学校 2.中学校	性別 男 / 女					
勤続祝金(該当に○をつける) 1.10年 2.15年 3.20年 4.25年 5.30年 6.35年 7.40年	入社年月日	平成 昭和	年	月	日	
★傷病見舞金(該当に○をつける) 1.労災による欠勤10日以上 2.労災・疾病による欠勤30日以上	病名	欠勤期間	令和	年	月	日~ 年 月 日
住宅災害見舞金(該当に○をつける) 1.火災等 2.自然災害	災害の種類と損害の程度	発生年月日	令和	年	月	日
死亡弔慰金(該当に○をつける) 1.会員本人の死亡 2.会員の配偶者の死亡 3.会員同居の親・子の死亡	死亡者氏名 (会員との続柄)	死亡年月日	令和	年	月	日

- ★結婚祝金については、婚姻届受理証明書または戸籍抄本(写し可)を添付してください。
- ★傷病見舞金については、医師の診断書の写し、出勤簿の写し等の証明書類を添付してください。
 また、労災の場合は労働基準監督署に提出する休業補償給付支給請求書の写しを添付してください。