

# 給付金申請書

\*申請書は申請事由発生の3ヶ月以内にご提出ください。

東京ワーカーズ・コレクティブ共済会御中

○下記の理由につき、福利厚生補助金の支給をお願い致します。

申請者	ワーカーズ名	申請日	年	月	日
	氏名	申請金額	円		

◆該当する番号に○を付け、以下の項目に記入してください。

1	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 会員 30,000円( 月 日) <input type="checkbox"/> 配偶者・子 10,000円 ( 月 日)
2	お祝い金	<input type="checkbox"/> 結婚 10,000円( 月 日) <input type="checkbox"/> 出産 10,000円 ( 月 日)
3	入院見舞金	10,000円 (5日以上)
	* 傷病名	* 入院先
	* 入院期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日
4	傷病による休業見舞金	
	* 傷病休業期間 :	<input type="checkbox"/> 連続 10 日以上 (10,000円) <input type="checkbox"/> 連続 20 日以上 (20,000円)
	* 傷病名 :	
	* ワーカーズでの勤務日数 :	平均 (週・月) 日
	* 傷病期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日
5	就業中傷害 腱鞘炎・腰痛・ひざ痛等による見舞金	
	* 通院日数 :	<input type="checkbox"/> 3 日~7 日 (3,000円) <input type="checkbox"/> 8 日~14 日 (5,000円) <input type="checkbox"/> 15 日以上 (10,000円)
	* 傷害名 :	
	* 通院期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日
	* 領収書または領収書コピーを添付のこと	

※●入院見舞金と傷病休業見舞金 (3・4) 両方請求可能

●傷病休業見舞金と就業中傷害 腱鞘炎・腰痛・ひざ痛等による見舞金 (4・5) 両方請求可能

☆但し、同一病名 1 回限り、30,000 円限度

○上記事由に間違いはありません。

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ (代表者が申請者の場合、それに準ずる者)  
受領日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 受取人サイン \_\_\_\_\_

郵便局	記号	番号	<input type="checkbox"/> 座名義
銀行	銀行	支店 (当座・普通) <input type="checkbox"/> 座番号	<input type="checkbox"/> 座名義

事務局受付番号		備考	
---------	--	----	--