

# 給付金請求書兼変更届(弔慰金用) ※FAX不可

※会員番号が10,000台の方はサービス対象外です。

一般社団法人 伊勢地域勤労者福祉  
サービスセンター 理事長 殿

会員番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、一般社団法人 伊勢地域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、それに伴い下  
記の事項を変更します。

会員氏名 \_\_\_\_\_

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

該当する項目のみ記入して下さい。

給付項目	給付金額	内 容 (※は登録内容を追加・変更します)	添 付 書 類
傷病見舞金 14日以上 30日以上 60日以上 90日以上 120日以上	10,000 15,000 20,000 25,000 30,000	休 業 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 合 計 休 業 日 数: _____ 日間 (定休日等含む通算日数) 傷 病 名: _____ 医 療 機 関 名: _____	※申請会員が事業主の場合のみ 医療機関にかかったことがわかる書類 (領収書・診断書等)
死亡弔慰金	会 員 50,000 ~ 250,000	※申請の際は全労済協会所定の保険金請求書の提出が必要です。 用紙をお渡ししますので、サービスセンターへご連絡ください。 死 亡 年 月 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死 亡 時 の 満 年 齢: _____ 才 死 亡 原 因: 1. 疾 病 2. 不慮の事故 3. 交通事故 4. そ の 他	医師の死亡診断書又は 死体検案書等 (事故の場合は、その 証明書、戸籍謄本等)
	配 偶 者 30,000	* 配偶者氏名: _____ 続 柄: 夫・妻 死 亡 年 月 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	対象者の死亡及び会員との関係を証明する書類 戸籍謄本、医師の死亡診断書、死体検案書等
	子 50,000	* 子の氏名: _____ 続柄(例:長男、長女の配偶者): _____ 子の生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死 亡 年 月 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死産の場合(妊娠 _____ ケ月)	
	父 母 10,000	* 父母の氏名: _____ 続 柄: (実・義・養・継) 父・母 死 亡 年 月 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 死 亡 時 の 満 年 齢: _____ 才	
障害見舞金	6,000 ~ 250,000	障 害 の 原 因: _____ 障 害 の 確 定 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 医 療 機 関 名: _____ ※重度障害見舞金は全労済協会制定の「後遺障害等級表」第1級、第2級並びに第3級②、③、④のいずれかの状態、後遺障害見舞金は同表3級①、⑤並びに第4級~第14級のいずれかの状態に該当する場合に給付対象となります。 申請時は、サービスセンターへご連絡下さい。	医師の後遺障害診断書及び不慮の事故である証明書、又は交通事故である証明書等
住宅災害見舞金	火災等 40,000~ 自然災害 6,000~	災 害 発 生 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 被 害 地 住 所: _____ (火災等・自然災害) ※発生後ジョイワークへご連絡下さい。状況確認後、必要書類をご案内します。	関係官署の罹災証明書及び修理業者による見積書等

給付金は事業所口座(会費引落口座)に振込させていただきます。

事業主証明書

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

代表者名

(印)

\* 事務処理欄

給付予定日	変更入力	備 考	決 裁	局 長	係 長	係