

慶弔見舞金請求書

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター 御中

下記の事由があったことを証明し、請求いたします。

慶弔見舞金に関する個人情報、慶弔見舞金の維持管理・支払などの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

請求日	平成 年 月 日
会員番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
会員氏名	⑩
入力 No.	

対象事由	事由発生内容	対象事由	事由発生内容		
結婚	配偶者名	子の入園	対象者名		
	生年月日		年 月 日	入園施設名	
	入籍日		年 月 日	入園年月日	年 月 日
銀婚	入籍日	年 月 日	子の入学	対象者名	
成人	生年月日	年 月 日		小学校名	
歳祝	男性 42 歳	生年月日 (年齢)		入学年月日	年 月 日
	女性 33 歳	年 月 日 ()		対象者名	
還暦	生年月日	年 月 日		中学校名	
子の出生	子の氏名	家族の死亡		入学年月日	年 月 日
	生年月日		年 月 日	対象者名	
育児休業	子の氏名		高校名		
	休業期間		年 月 日～ 年 月 日 (日)	入学年月日	年 月 日
傷病休業	傷病名		介護休業	対象者名	
	医療機関名			続柄	
	休業期間	年 月 日～ 年 月 日 (日)	死亡年月日	年 月 日	
勤続祝	入社年月日	年 月 日 (年)	介護者氏名		
添付書類			休業期間	年 月 日～ 年 月 日 (日)	

請求額		円
-----	--	---

受付印

※証明書類を必ず添付してください。
 ※捺印にはシャチハタタイプのスタンプ印は使用しないでください。