

事由発生から2年以内の
申請が必要です

総合(慶弔)共済 証明書 (兼組合共済届)

こ
う、
マ
山形
生活協同組合御中
田川建設労働組合御中

に伴う個人情報(要配慮
書や添付頂いた書面に
合およびこくみん共済coopの事業・各
②前記個人情報は、当組合が適切が

印鑑を忘れずに
(シャチハタは不可)

た場合を除き共済金支払い等に関する業務や当組
かの目的には利用致しません。
部に定めたルールに従い責任を持って処分します。

フリガナ	タガワ ケンタ		生年月日	
組合員氏名	(自署)	田川 健太	(西暦)	19・20
自宅TEL	023 5 -(22)- 2832	携帯TEL	71 年 1 月 13 日	
			090-◆◆◆◆-◆◆◆◆	

共済金の種類	証明内容		
家族 死亡弔慰金 (12・13・14)	該当者氏名	生年月日	性別
	フリガナ	(西暦)	1.男 2.女
	氏名	19・20	
	組合員(契約者)との続柄(該当するものに○をつけてください。)		死亡年月日
父母(配偶者の父母含む) 配偶者 子(妊娠7か月以上の死産含む) 同居家族(組合員の)		(西暦) 20 年 月 日	
組合員 傷病見舞金 (87・84・83・89・82)	傷病名	推間板ヘルニア	
	休業期間	(西暦)	(西暦)
		20 21 年 3 月 10 日 ~ 20 21 年 8 月 12 日	
		(西暦)	(西暦)
病院名	建労病院	電話番号	0235-22-0000

◎傷病見舞金を申請するときは、

休業期間が確認できる公的証明(診断書、入院期間のわかる領収書等(コピー可))の添付が必要
です。診断書は、ほかに提出する診断書のコピーでも可能です。

建設国保加入者にはほかに「傷病手当金」が該当する場合があります。お問合せ下さい。

組合員の 子の 入学祝金	フリガナ	学校名	
	子の氏名	1.小学校 2.中学校 3.高等学校	
	生年月日	(西暦) 20 年 月 日	入学年月
備考			

上記の共済金請求に該当する事由があったことを証明します。

20 年 月 日

支部分会長からの署名捺印は不要です。

20 年 月 日

県番号	団体番号	組合員番号
06	08018	

田川建設労働組合
執行委員長

