

## 傷病見舞金の場合 建設埼玉共済 給付申請書

〇〇 地区本部	組合員番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	組合員氏名	建設 太郎	建設印
---------	-------	----------	-------	-------	-----

《傷病見舞金》（労災・交通事故・私傷病）〇印をつけて下さい

傷病の原因及状況	私傷病 例 )1月14日 夜、突然お腹が痛くなった				
医療機関（医師）の証明	傷病名	『医師の証明』			初診日 年 月 日
	療養による労務不能期間	年 月 日から 年 月 日まで( )日間			
	上記のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで( )日間			
	傷病の経過	※医療機関が記入 年 月 日 治療、継続中、中止、死亡、転院			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 ※建設国保に加入の方は事前に所属の地区本部にご連絡ください (医師の証明のある傷病手当金申請書のコピーがあれば当申請書に医師の証明は不要です) 医療機関 所在地 名称 医師の氏名 印					

## 《慶弔及び住宅災害見舞金》

該当するものに〇印をつけて下さい	死亡弔慰金	24歳以下の 子供 有・無	全壊	被共済者(対象者)		
	若年者 逝去見舞金		半壊	フリガナ		性別
	配偶者の 死亡		一部焼・冠水	氏 名		男 ・ 女
	子の死亡(同居のみ)	全壊・流失	生年月日 (西暦)		・	
	同居・別居	父母の死亡	半壊	発生年月日 (西暦)	・	・
	結婚祝金		交通事故による損壊	その他		
	出産祝金		床上浸水			
	成人祝金		廃疾見舞金 24歳以下の 子供 有・無			
	就学祝金 (小学・中学)		臓器提供見舞金			

## 《振込先》 ※正確にご記入願います。

振込先	〇〇	銀行 金庫 組合 農協	店番 ( 123 ) 〇〇 支店	口座番号(7ケタ) 普通 1234567 当座	フリガナ ケンセツ タロウ 名義 建設 太郎
-----	----	----------------------	------------------------	----------------------------------	---------------------------------

## 《事務処理欄》

給付金額		本部確認	地本確認	地本担当者印
受付日		給付日	/	/

※上記個人情報につきましては、建設埼玉共済の給付申請のみに使用いたします。