

	会長	事務局長	担当	台帳	入力
決					
裁					
	・	・	・	・	・

様式第9号-②

遠州ライフサポートセンター

弔慰金給付申請書

遠州ライフサポートセンター 会長 様

令和 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員住所

会員氏名



事業所名

下記のとおり共済事由が発生したので、関係書類を添えて共済金の給付を申請します。

記

一 金 円

共済事由 (該当する事由の番号に、○を記入してください。)

1 家族死亡弔慰金

配偶者 子 父・母 (会員の親・配偶者の親)

死亡者名 死亡日 令和 年 月 日

年 齢 歳

2 住宅災害による同居親族の死亡弔慰金 原因 火災等による 自然災害による

死亡者名 死亡日 令和 年 月 日

年 齢 歳

(同居する親族とは、会員の配偶者または6親等内の血族もしくは3親等内の姻族です。)

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏 名



遠州ライフサポートセンター 会長 様

お悔やみ申し上げます

この「弔慰金給付申請書」の該当欄に記入いただき「ご印鑑」を持参の上、2カ月以内に下記の所でお受取下さい。

【給付取扱い場所】

1 遠州LSC事務局 2 袋井市 産業部産業未来課 3 浅羽町商工会

※ 自治体提携慶弔共済保険(集団扱特約付全福ネット慶弔共済保険)の契約内容に基づき給付いたします。

<引受保険団体>一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 20230601