


留萌市勤労者共済会共済金給付請求書

金額		万	千	百	十	円
	¥					

ただし、留萌市勤労者共済会事業による【(給付種別) : 】を上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日
 会員氏名
 上記代理人 企業番号
 事業所所在地
 事業所名
 共済契約代表者名
 留萌市勤労者共済会
 理事長 中川 修光 様

- ・結婚祝い金・出生祝い金
 - ・成人祝・還暦・勤続祝
- 等記入ください。

事業所名等記入の上
 会社印を押印下さい

(事業所)

委任状

私は、(財)全国勤労者福祉振興協会に対する共済金の請求及び受領に関すること
 の一切を留萌市勤労者共済会に委任いたします。

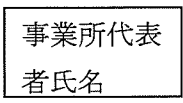

平成 年 月 日
 留萌市勤労者共済会
 理事長 中川 修光 様
 事業所所在地
 事業所名
 共済契約代表者名

事業所名等記入の上会社印
 を押印下さい

印

(会 員)

委任状

私は、 を代理人と定め、留萌市勤労者共済会及び
 (財)全国勤労者福祉振興協会から受ける共済金【(給付種別) : 】
 の請求及び受領に関する一切を委任いたします。

平成 年 月 日
 会員番号
 住 所
 会員氏名

本人住所氏名等記入の上個人印を
 押印下さい
お名前にふりがなを!

印

同意書

私の個人情報が、共済会の請求及び支払いなど、留萌市勤労者共済会事業の目的のために
 使用されることに同意いたします。

平成 年 月 日 会員氏名

印

採用証明書

会員番号

住 所

会員氏名

上記会員 年 月 日より採用したことを証明
いたします。

平成 年 月 日

企業番号

事業所所在地

事業所名

共済会契約代表者

㊞

第 13 号様式

休業証明書

会員番号

住 所

会員氏名

上記会員は別添診断書の理由にもとづき

平成 年 月 日より

平成 年 月 日まで

休業したことを証明いたします。

平成 年 月 日

企業番号

事業所所在地

事業所名

共済会契約代表者

⑩

退会証明書

平成 年 月 日

留萌市勤労者共済会

理事長 中 川 修 光 様

下記のもものが退会したことを証明します。

事業所所在地

事業所名

代表者

⑩

電話番号

記

会員番号

退会者名

退会年月日

平成 年 月 日

