

出 産	結 婚	医 療	永 年	災 害
-----	-----	-----	-----	-----

厚生部給付請求書及び受領書

20 年 月 日請求

受
付

※下記の該当請求欄に○印を付けて下さい。また、用紙1枚1件の請求となります。

※給付金額は記入しないでください				会員 No.	氏 名	
給付金額	0000	所属 No.	加入年月	年	月	
出 産 祝	出 産 者 氏 名	会 員 と の 続 柄		本人・配偶者		
	出 生 児 氏 名	出 産 年 月		年 月 日		
	出 産 病 院 名	※出産証明書の提出は不要				
結 婚 祝	配 偶 者 氏 名	入 籍 日		年 月 日		
	※戸籍抄本又は結婚届受理証明書を添付（コピー可）					
医 療 補 助	傷 病 名					
	療 養 期 間	年 月 日	～	年 月 日	* 日間	
	※医師の診断書(コピー)を添付、職場を休んだ(土日含)日数					
永 年 勤 続	表 彰 年 月	20 年 月	採 用 年 月 日	年 月 日	勤 続 年 月	
	※厚生部在会10年以上の会員、宮城県教育委員会(市町村含)より永年勤続表彰該当者 表彰対象者名簿・表彰状等のコピー添付					
災 害 見 舞	り 災 年 月 日	年 月 日	り 災 住 所			
	り 災 状 況	(全半壊・全半焼、床上浸水○cm等)				
	①会員所有住宅を確認できる氏名入書類(固定資産税納税通知書・登記簿謄本等の北-)②り災証明書(北-)③被災箇所の写真					
上記の記載事項は事実と相違ないことを証明します。						
所属名 _____ 職 印 _____						
一般財団法人宮城県教育会館理事長 殿						
20 年 月 日						
上記の給付金を請求致しますので、下記の口座に振り込み願います。						
所属名 _____ 氏 名 _____ 印 _____						
振 込 先	労金・七十七銀行・他()	店	店番号	口座番号		
	ゆうちょ銀行		通 帳 記 号		通 帳 番 号 (右詰めでご記入下さい)	
			1	0	の	
	口座名義人(カタカナ記入)					

照 合	精 査	出 納	振 込 月 日
			宮教厚給_1_130401

※ 添付書類はすべて職場へ提出した書類のコピーで結構です。