

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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<br>産<br>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<br>婚<br>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<br>療<br>補<br>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<br>年<br>勤<br>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<br>表彰対象者名簿・表彰状等のコピー添付 |                    |           |        |                      |        |  |
| 災<br>害<br>見<br>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<br>込<br>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。