

ジョイセブン 給付金請求書〔祝い金専用〕

請求日 20 年 月 日

一般財団法人 中津川・恵那地域勤労者福祉サービスセンター 御中

事業所番号					
--------------	--	--	--	--	--

事業所名 _____
代表者名 _____

®

下記のとおり給付事由が発生しましたので、（一財）中津川・恵那地域勤労者福祉サービスセンターの会員及び事業の実施に関する規則に基づき祝い金を請求します。

※該当項目にレ印または○で囲み、必要事項を記入してください。

会員番号	<input type="checkbox"/> 結婚祝 (30,000円)	<input type="checkbox"/> 子の入学 (10,000円)
	配偶者氏名	①小学校 ②中学校
会員氏名 (フリガナ)	配偶者生年月日 年 月 日生	子の氏名
	届出役所名	子の生年月日 年 月 日生
入会年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子の出生 (10,000円)	学校名 小学校・中学校
事由発生日 年 月 日	子の氏名	<input type="checkbox"/> 二十歳祝金・還暦 (5,000円)
給付金額	子の生年月日 年 月 日生	①二十歳祝金 ②還暦
円	病院名	生年月日 年 月 日生

会員番号	<input type="checkbox"/> 結婚祝 (30,000円)	<input type="checkbox"/> 子の入学 (10,000円)
	配偶者氏名	①小学校 ②中学校
会員氏名 (フリガナ)	配偶者生年月日 年 月 日生	子の氏名
	届出役所名	子の生年月日 年 月 日生
入会年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子の出生 (10,000円)	学校名 小学校・中学校
事由発生日 年 月 日	子の氏名	<input type="checkbox"/> 二十歳祝金・還暦 (5,000円)
給付金額	子の生年月日 年 月 日生	①二十歳祝金 ②還暦
円	病院名	生年月日 年 月 日生

会員番号	<input type="checkbox"/> 結婚祝 (30,000円)	<input type="checkbox"/> 子の入学 (10,000円)
	配偶者氏名	①小学校 ②中学校
会員氏名 (フリガナ)	配偶者生年月日 年 月 日生	子の氏名
	届出役所名	子の生年月日 年 月 日生
入会年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子の出生 (10,000円)	学校名 小学校・中学校
事由発生日 年 月 日	子の氏名	<input type="checkbox"/> 二十歳祝金・還暦 (5,000円)
給付金額	子の生年月日 年 月 日生	①二十歳祝金 ②還暦
円	病院名	生年月日 年 月 日生

会員番号	<input type="checkbox"/> 結婚祝 (30,000円)	<input type="checkbox"/> 子の入学 (10,000円)
	配偶者氏名	①小学校 ②中学校
会員氏名 (フリガナ)	配偶者生年月日 年 月 日生	子の氏名
	届出役所名	子の生年月日 年 月 日生
入会年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子の出生 (10,000円)	学校名 小学校・中学校
事由発生日 年 月 日	子の氏名	<input type="checkbox"/> 二十歳祝金・還暦 (5,000円)
給付金額	子の生年月日 年 月 日生	①二十歳祝金 ②還暦
円	病院名	生年月日 年 月 日生

※この情報は、給付金以外の目的で使用することはありません。

※この請求書はコピーしてご使用ください。

※請求の際、控えが必要な場合はコピーをお取りください。

※不明な点は、ジョイセブン事務局へお問合せください。

☎0573-65-1177

ジョイセブン記入欄

入力印

受付印