

ジョイセブン 給付金請求書〔祝い金専用〕

請求日	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