

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり、内容に相違ないことを証明し、短期給付金を請求します。

事業所番号 (右づめで記入)		(共済契約者等)	
施設等名		代表者名	
電話番号		(印)	

受給者	加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(西暦) 年 月 日
	← 事業所番号 →	加入年月日
	フリガナ 加入者 氏名 (旧姓)	※結婚による氏名変更の場合は旧姓で記入し 旧姓で押印してください。

給付の種類 (該当する番号を記入)	(西暦) 年 月 日
1 結婚祝金	入籍・死亡年月日
2 弔慰金(本人死亡)	解除(退職)年月日
3 退会一時金	

氏名変更 (変更している場合のみ記入)	フリガナ 新姓	※ 加入者氏名を変更します 別途「加入者氏名変更届」 の提出は不要
弔慰金 (受取人)	フリガナ 遺族氏名	続柄
		※添付書類確認欄 1. 謄本 2. 抄本 3. ()

※ 退会一時金の振込先金融機関をご記入ください。なお、慶弔金の請求の場合は記入不要です。

退会一時金振込先口座	金融機関コード	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 ・農業協同組合 (○で囲んでください。)
	支店コード	支店名	預金種目
	口座番号 (右づめでご記入ください。)	退職者本人口座名義 (カタカナ、左づめで記入してください。)	

【注意事項】

1. [] には、黒ボールペン等で枠からはみ出さないように明りょうに記入してください。
2. [ダ] [パ] のように濁点・半濁点は同じマス内に記入してください。
3. 請求期限は入籍・死亡・解除(退職)年月日より1年間です。
4. 必要事項をご記入、押印のうえ施設保存用のコピーを取り、本紙を福利協会へ提出してください。
5. 退会一時金請求の際には無給付通知書を一緒に提出してください。

※福利協会使用欄

事務局長	事務局次長	主任	無給付提出