



(一財)松本市勤労者共済会 共済金給付申請書兼領収書

No.

事業所番号	会員番号
0	

事業所番号と会員番号を
ご記入ください。

決 裁 欄		
係	事務局長	常務理事

年 月 日

(一財)松本市勤労者共済会 理事長 様

事業所住所

事業所名

会員氏名

申告者氏名(続柄)

印

このたび下記のとおり共済事由が発生したので、共済金を支給されたく証明書を添えて申請します。

共済事由 会員の死亡・重度後遺障害

共済事由
発生年月日 年 月 日

請求金額								円
全労済給付金								円
付加給付金								円

口座振込依頼書

上記の金額を下記預金口座にお振込みください。

取引金融機関名 支店

(フリガナ)

口座名義

口座番号 普・当

<以下は現金を受領する際に記入します。申請時には何も記入しないで下さい。>

上記の金額を領収しました。

年 月 日

受取人住所

受取人氏名

受取人 印

(会員本人・代理人)

(一財)松本市勤労者共済会 理事長 様

お問い合わせは事務局まで。TEL:0263-39-1052

〒390-0811

松本市中央4-7-26 松本市勤労者福祉センター内
(一財)松本市勤労者共済会