

勤労者互助会保険金証明書

会員氏名	Ⓜ			
支払事由	証 明 内 容			
家族死亡	死亡者氏名	男・女	年齢	満 歳
	会員との関係	父・母・配偶者・子 (死産 月 日 ※但し、7ヶ月以上)		
	死亡年月日	20 年 月 日	生活区分	同居・別居
傷病による休業	傷病名			
	休業期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (のうち 日間)		
	病院名			
	所在地	TEL ( ) -		
結 婚	配偶者氏名	配偶者生年月日(西暦)	年 月 日	
	結婚届出日	20 年 月 日	婚姻届出役所名	
	氏名変更	(旧氏名)	※氏名変更者のみ記入(本申請は新氏名で行う)。	
出 生	続柄	出生年月日	20 年 月 日	
	子の氏名			
	病院名			
	所在地	TEL ( ) -		
就学 (小学)	児童氏名	生年月日	20 年 月 日	
	小学校名	入学年月日	20 年 月 日	
就学 (中学)	生徒氏名	生年月日	20 年 月 日	
	中学校名	入学年月日	20 年 月 日	
永年勤続	入社年月日	(西暦) 年 月 日		
	添付書類	( 10年・15年・20年・25年・30年・35年・40年 ) 在職証明書 (別紙様式)		
備 考				

※ご記入して頂く個人情報については、互助会業務以外には使用いたしません。

上記のとおり支払事由のあったことを証明します。

20 年 月 日

事業所名

\_\_\_\_\_

評議員名

評議員 Ⓜ

\_\_\_\_\_

津山圏域勤労者互助会 会長

Ⓜ

\_\_\_\_\_