

# 給付金請求書（慰労金・餞別金）

金額			十	万		千		百		十	円
----	--	--	---	---	--	---	--	---	--	---	---

令和 年 月 日

羽曳野市勤労者互助会 様

下記の給付事由が発生したので給付金を請求をします。

会員番号									-					会員氏名		電話番号	
事業所名														住所			

請求する給付金の種類（該当給付項目欄に○印をご記入ください。）

該当欄に ○	給付項目	給付金額	給付内容				
<input type="radio"/>	在会慰労金（10年）	10,000円	入会日	H R	年	月	日
<input type="radio"/>	在会慰労金（20年）	20,000円					
<input type="radio"/>	在会慰労金（30年）	30,000円					
<input type="radio"/>	退会餞別金（5年）	5,000円					
<input type="radio"/>	退会餞別金（10年）	10,000円					
<input type="radio"/>	退会餞別金（15年）	20,000円					
<input type="radio"/>	退会餞別金（20年）	30,000円					

※在会慰労金は、事由発生日から三年経過すると支給資格が失効し、給付金をお支払いすることができません。

※退会餞別金は令和3年4月1日以前に入会された会員様が対象となります。

※退会餞別金は、事由発生日から一年経過すると支給資格が失効し、給付金をお支払いすることができません。

上記給付金は下記の口座に振り込んでください。

なお、口座名義人を代理人とし、給付金の受領を委任します。

金融機関名		銀行 ・ 金庫	支店
		組合 ・ 農協	本店
普通 当座		口座 名義	(フリガナ)

受付印			
事務局長	事務局次長	事務局	担当

入力済み