

# 川崎市勤労者福祉共済給付金申請証明書

年 月 日

(申請先)

川 崎 市 長

次の給付金申請について、相違ないことを証明します。

(事業所) 所在地  
名 称  
代表者氏名

印

(給付金請求者)

会 員 氏 名												
会 員 番 号								—				

(請求給付金) 給付金請求書を一緒に提出してください。

給付金の種類	内 容			
1 結 婚 祝 金	配 偶 者 氏 名			
	婚 姻 年 月 日	年	月	日
2 入 学 祝 金	入学者(子)氏名			性別 男・女
	入学者(子)生年月日	年	月	日 (小学校・中学校)
3 出 産 祝 金	出 産 児 氏 名			性別 男・女
	生 年 月 日	年	月	日
4 弔 慰 金 (家族)	死 亡 者 氏 名			続柄
	死 亡 年 月 日	年	月	日
5 傷 病 見 舞 金 (※)	欠 勤 期 間	8 日 以 上 30 日 未 満 ・ 30 日 以 上 90 日 未 満 ・ 90 日 以 上 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日 間 )		
	傷 病 名			

※ 傷病見舞金の証明書類については、原則、休業を必要とする旨の医師の診断書、入院期間が記入されている領収書の写し、健康保険の傷病手当金支給申請書等を提出してください。自宅療養や通院等で他の証明書類では欠勤期間を証明できない場合に限り、川崎市勤労者福祉共済給付金申請証明書(第1号様式)を証明書類とし、請求することができます。