

川崎市勤労者福祉共済給付金申請証明書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

(事業所) 所在地

名称

事業主又は
代表者名

印

次の給付金申請について、相違ないことを証明します。

会 員 番 号							—					
会 員 氏 名 (請 求 者)												
給 付 金 の 種 類												
傷 病 見 舞 金 の 証 明 欄 (※)	傷病名 <hr/> 傷病による欠勤期間 年 月 日～ 年 月 日 <hr/>											
そ の 他 給 付 金 の 証 明 欄												

※ 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、健康保険の傷病手当金支給申請書又は労働者災害補償保険の休業補償給付支給請求書等の写し、入院期間が記入されている領収書の写し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。