

祝 金 共 済 保 険 証 明 書

伊東市勤労者共済会会長 様

令和 年 月 日

事業所の名称	事業主 (代表者) 印
下記の共済保険事由があったことを証明します。	

会	フリガナ	性別	会員番号						
	氏名 印	男・女	生年月日	年	月	日			
員	〒 ー	住所		電話番号 ()					

結	配偶者氏名	配偶者生年月日	婚姻届日	届出役所
婚		年 月 日	令和 年 月 日	
出	子の氏名 フリガナ	届出役所		
生	男 女	病院名		
	子の生年月日	年 月 日	病院住所	
			Tel	
入	子の氏名	子の生年月日	学校名	
学		年 月 日	学校	
		年 月 日	入学日 令和 年 月 日	
	1. 成人祝 (満20歳)	生 年 月 日	祝を迎えた誕生日	
	2. 還暦祝 (満60歳)	年 月 日	令和 年 月 日	
銀	配偶者氏名	配偶者生年月日	婚姻届出日	祝を迎えた日
婚		年 月 日	年 月 日	令和 年 月 日
永	1. 勤続10年		就職年月日	
年	2. 勤続20年			
勤	3. 勤続30年			
続		年 月 日		