

第1号様式

事業所番号				会員番号		

会長	監事	事務局長

共 済 保 険 金 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

伊東市勤労者共済会会長 様

事業所住所

事業所名

受領者氏名

印

伊東市勤労者共済会共済金給付規定第4条の規定により、共済金の給付を申請します。

記

1. 共済事由 後 遺 障 害 見 舞 金

2. 共済事由発生年月日 年 月 日

3. 共済金の給付額

円

領 収 書

一 金 円

上記の共済金を受領しました。

令和 年 月 日

事業所名

受領者氏名

印