

## 【記入例 家族死亡】

請求日  
20 25 年 7 月 1 日

保険契約者	事業所名
団体名 一般財団法人 焼津市勤労者福祉サービスセンター 代表者名	(株)令和工業 (令和工業印)

会員 (被保険者)	フリガナ ヤイツ タロウ	生 年 月 日	西暦		
	氏名 焼津 太郎		1974 年 7 月 10 日		
事業所番号	12345	会員番号	001	サービスセンター等 加入日	西暦 年 月 日

事由確定(発生日)
20 25 年 6 月 25 日

← 亡くなった日

該当項目の□に✓を入れて、必要事項をご記入ください。

死亡弔慰金	結婚祝金	出生祝金	就学祝金
<input type="checkbox"/> 400 配偶者 <input type="checkbox"/> 401 子 <input checked="" type="checkbox"/> 402 親 <input type="checkbox"/> 403 住宅災害による同居親族	<input type="checkbox"/> 410 結婚祝金	<input type="checkbox"/> 420 出生祝金	<input type="checkbox"/> 421 小学校 <input type="checkbox"/> 422 中学校
配偶者氏名	子の氏名	子の氏名	子の氏名
死亡者氏名	婚姻日	子の生年月日	子の生年月日
静岡 次郎	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
続柄	届出役所	病院または届出役所	学校名
親			

二十歳・長寿祝金	結婚記念祝金
<input type="checkbox"/> 430 二十歳(満20歳) <input type="checkbox"/> 431 還暦(満60歳)	<input type="checkbox"/> 422 銀婚(25周年)
	婚姻日 西暦 年 月 日

	勤続祝金
	<input type="checkbox"/> 482 20年 <input type="checkbox"/> 483 25年 <input type="checkbox"/> 484 30年
	就職日 西暦 年 月 日

保険金
円