

給付事由発生証明書

事由	証 明 内 容					
家族死亡	死亡者氏名		男・女	年齢	歳	
	会員との続柄	配偶者	子 (死産	月)	実親	義親 養親 継親
	死亡年月日	年	月	日		
傷病休業	傷病名					
	休業期間	年	月	日	～	年 月 日 (日)
	請求対象期間	年	月	日	～	年 月 日 (日)
	病院名		所在地			
結婚	配偶者氏名		結婚届出日	年	月	日
	届出役所名					
出生	産婦名		出生日	年	月	日
	出産病院名		所在地			
入学	児童名		生計	同居・別居	学校名	
銀婚祝	銀婚 (25周年)			配偶者年齢	歳	
	配偶者氏名		婚姻届出日	年	月	日
退会餞別	5～10年・10年以上	退会日	年	月	日	入会日 年 月 日

会員	氏名	(フリガナ)	印	性別	生年月日	会員No.
				男女	年 月 日	
	住所				電話 ()	—

上記のとおり、給付事由の発生があったことを証明します。

_____ 年 月 日
 _____ 事業所名 _____ 印
_____ 代表者名 _____ 印