

東御市勤労者互助会

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	
障害	障害の原因となった疾病名		症状固定日	年	月 日
	病院名				
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		
住宅災害	火災等		自然災害		
	同居死亡家族名	（会員との続柄）			
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