

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			生年月日	年 月 日		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