

## 給付金請求書

記入例

※ 太枠点線内をご記入ください

記入日

年

月

日

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

次のとおり請求します。

所 属 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター

氏名・印

互助 会子



連絡先電話番号

06-1234-5678

※日中連絡のつく電話番号を記入してください。(勤務先・携帯等)

所属コード(左詰め)	職域コード	職員番号(左詰め)
空欄でOK	① 水道・校園 以外 ③ 水道	④ 校 園 3 4 5 6 7 8 9

給付種別	請 求 事 由 に 関 する 事 項	
<input type="checkbox"/> 弔 慰 金	死亡者氏名	
	死亡年月日	年 月 日
	会員との続柄 (該当を○で囲む)	配偶者・子・実父・実母・養父・養母
<input type="checkbox"/> 特別見舞金	<input type="checkbox"/> 傷病による休職開始から1年を超えた時点	休職開始年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 傷病による休職期間が2年を超えた時点	休職事由(傷病名)
	<input type="checkbox"/> 1月に給料月額以上の被害を受け、他に補償がなく、特に救済が必要と理事長が認める場合	被害時の給料月額
	事由発生日 年 月 日	被害時の給料月額 円
<input checked="" type="checkbox"/> 出産等支援金	生まれた子 氏名 互助 太郎	生年月日 年 月 日
	出産した者 氏名 互助 会子	生年月日 年 月 日
	※請求者と配偶者のどちらも会員の場合 配偶者カナ氏名 ※該当の場合は記入	

◎ 請求する給付ごとに給付金請求書と添付書類を提出してください。

◎ 記入要領・添付書類等については裏面を参照してください。

◎ この書面で取得する個人情報、給付金の支給に関する事務に利用します。

※互助会記入欄(記入しないこと)

互助会照合

支払予定日	支給額
2 0	0 0 0 円

未収確認 なし • あり(入金確認日 )

(2024.4)