

## 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	④	校 園		3	4	5	6	7	8	9
	③	水 道										

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	日

添付書類として、出産(死産)等の事実及び会員との続柄を証明する以下のいずれかの書類(コピー可)を併せてご提出ください。

- 住民票の写し又は住民票記載事項証明書(世帯全員分・続柄有)
- 出生(死亡)届受理証明書
- 戸籍謄(抄)本

※「出生届出済証明」は不可

※請求者と配偶者のどちらも会員の場合は、どちらか一方の会員に支給

<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)