

# 共済事業給付金請求書（兼）支払指図書

社会福祉法人 福利厚生センター 御中

**お 願 い**  
 1. ご請求は、原則として法人代表者が行って下さい。  
 2. 訂正された箇所には必ず訂正印を押印して下さい。

記入年月日	西暦	年	月	日	連絡先電話番号 ( )	
請求する法人の名称及び代表者の氏名・印	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	住所					
	フリガナ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	請求者ご印鑑 
法人名・代表者名						

状 況 欄

法人名						都道府県コード	契約者コード	
施設名						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
会員情報	フリガナ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	才	性別	男・女
	会員氏名				年令			
配偶者死亡	配偶者名				年令	才	性別	男・女
死亡日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
高度障害認定日	西暦	年	月	日				
事故日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
事故場所								
傷病名								
事故発生状況 (病気の場合は不要)								

支払指図欄 お受取人の口座をお書き下さい。

お支払方法	口座振込	(金融機関及び預金種目は、該当するものを○で囲んでください)									
	フリガナ					フリガナ					
	お振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 その他 ( )				本店 支店 その他 ( )					
		金融機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
預金種目	1 普通 (総合を含む)				口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	2 当座					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
口座名義 (法人・施設)	フリガナ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
連絡先電話番号 ( )											

**お 願 い**  
 1. 金融機関名・預金種目・口座番号・口座名義は通帳を確認のうえ正確に記入して下さい。  
 2. 口座番号は右詰で記入して下さい。  
 3. 口座名義のフリガナがマス内に入りきらない場合、空白に記入して下さい。

上記支払指図に基づき口座振込される場合は、振込手続き完了をもって当該受領したものと認め、領収証は発行いたしません。ただし、福利厚生センターの申し出があれば異議なく領収証を発行いたします。