


【 記 入 例 】

太枠のみご記入、ご捺印ください。

ワークパル業務を担当されている方の認印

## ワークパル 給付金等申請書

代表会員印



金額		十	万	千	百			円
				金額は記入しません				

次のとおり事由が発生しましたので、共済給付金等を請求します。

事業所名	事業所電話番号
ワークパルにお届け頂いた事業所名を記入	ワークパルにお届け頂いた電話番号を記入

会 員 名	* 給付対象会員名を記入・捺印 * 「健康診断」など複数名の場合は 給付対象会員名 他 * 名と記入	印
申請年月日	年 月 日	← 申請書を送る、または FAXする日を記入
事由発生年月日	年 月 日	← 各事由の対象となった 日付を記入

事 由 ○で囲んでください。

結 婚 出生(第1子~2子) 出生(第3子以上) 小学校入学 中学校卒業

銀 婚 珊瑚婚 成人 GOGO

還 暦 古 希 厄年(女性) 厄年(男性)

永年在会(25年) 永年在会(30年)

休 業(14日) 休 業(30日) 休 業(90日)

会員死亡 配偶者死亡 子死亡 親死亡

住宅災害(火災・自然災害) 住宅災害死亡(同居親族)

カルチャースクール 業務資格取得講座 研修・慰安旅行

健康診断 人間ドック(1泊) ペット予防接種

その他 ( )

\* 事務局記入欄

NO.	事業所コード	会員コード	受 付 印	備 考
記入必要ありません				

太枠のみご記入、ご捺印ください。

## ワークパル 給付金等申請書

代表会員印	金額		十	万	千	百		円

次のとおり事由が発生しましたので、共済給付金等を請求します。

事業所名	事業所電話番号
------	---------

会 員 名	印
申 請 年 月 日	年 月 日
事 由 発 生 年 月 日	年 月 日

事 由	○で囲んでください。
結 婚 出 生 ( 第 1 子 ~ 2 子 ) 出 生 ( 第 3 子 以 降 ) 小 学 校 入 学 中 学 校 卒 業	
銀 婚 珊 瑚 婚 成 人 G O G O	
還 暦 古 希 厄 年 ( 女 性 ) 厄 年 ( 男 性 )	
永 年 在 会 ( 2 5 年 ) 永 年 在 会 ( 3 0 年 )	
休 業 ( 1 4 日 ) 休 業 ( 3 0 日 ) 休 業 ( 9 0 日 )	
会 員 死 亡 配 偶 者 死 亡 子 死 亡 親 死 亡	
住 宅 災 害 ( 火 災 ・ 自 然 災 害 ) 住 宅 災 害 死 亡 ( 同 居 親 族 )	
カ ル チ ャ ー ス ク ー ル 業 務 資 格 取 得 講 座 研 修 ・ 慰 安 旅 行	
健 康 診 断 人 間 ド ッ ク ( 1 泊 ) ペ ッ ト 予 防 接 種	
そ の 他 ( )	

**\* 事務局記入欄**

NO.	事業所コード	会員コード	受 付 印	備 考