給付金申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＊申請書は申請事由発生の3か月以内にご提出ください。**

東京ワーカーズ・コレクティブ共済御中

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 申請日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　ワーカーズ・コレクティブ名 | 氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　　　　　　　　　　　　**申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　円** |

🔶該当する番号に☑を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| １．□　 | 死亡弔慰金　　　□会員　30,000円　　□配偶者・子10,000円　(　　　月　　　日) |
| ２．□ | お祝い金　　　　□結婚　10,000円（　　月　　日）□出産10,000円（　　月　　日） |
| ３．□ | 入院見舞金　　　10,000円　　（１日以上） |
| ＊傷病名：　　　　　　　　　　　　　　入院先　（コロナ感染について）　　□入院先（　　　　　　　　　）□「療養施設名」（　　　　　　　　）□「自宅」 |
| ＊入院期間　：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ４．□ | 傷病による休業見舞金 |
| ＊傷病名：　 |
| ＊傷病による休業期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＊ワーカーズでの勤務日数：平均（週・月）　　　　　　日 |
| ＊傷病期間内の休業日数　：□連続１０日以上（10,000円）　□連続２０日以上（20,000円） |
| ５．□ | 就業中傷害　　腱鞘炎・腰痛・ひざ痛等による見舞金 |
| ＊傷害名： |
| ＊通院期間：　　　　　　年　　　　月　　～　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ＊通院日数：□３日～７日（3,000円）□８～１４日（5,000円）□15日以上（10,000円） |
| ＊領収書または領収書コピーを添付 |
| ※●入院見舞金と傷病休業見舞金（３・４）両方請求可能　●傷病休業見舞金と就業中傷害　　腱鞘炎・腰痛・ひざ痛等による見舞金（４・５）両方請求可能　☆但し、同一病名1回限り、30,000円限度 |
| ◎コロナウイルス感染症（濃厚接触者）に関する給付（対象期間：2022年4月1日～2023年３月31日） |
| １．□ | 濃厚接触者休業見舞金　10,000円　　（休業期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　☆但し、同一病名1回限り

〇上記事由に間違いありません。

　**代表者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　印**（代表者が申請者の場合、それに準ずる者）

振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便局 | 記号　　　　　　　　　　　　　　　　番号　　　　　　　　　口座名義 |
| 銀　行 | 銀行　　　　　支店（当座・普通）口座番号　　　　　　口座名義 |
| 現金受領日　　　　月　　　　日　　　　　　　受取人サイン |

2022.7作成