

# 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・コレクティブ共済会 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. <input type="checkbox"/>	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 会員 30,000 円	<input type="checkbox"/> 配偶者・子 10,000 円 ( 月 日)
2. <input type="checkbox"/>	お祝い金	<input type="checkbox"/> 結婚 10,000 円 ( 月 日)	<input type="checkbox"/> 出産 10,000 円 ( 月 日)
3. <input type="checkbox"/>	入院見舞金	10,000 円 (1日以上)	
	* 傷病名:	入院先	
	* 入院期間:	年 月 日 ~	年 月 日
4. <input type="checkbox"/>	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:	<input type="checkbox"/> 連続10日以上 (10,000 円)	<input type="checkbox"/> 連続20日以上 (20,000 円)
5. <input type="checkbox"/>	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 日 ~	年 月 日
	* 通院日数:	<input type="checkbox"/> 3日~7日 (3,000 円)	<input type="checkbox"/> 8~14日 (5,000 円) <input type="checkbox"/> 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 期限5年間1回限り、30,000円限度

○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

2024.9 作成