

# 傷病・災害見舞金請求書

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

契約者番号		契約者名			
共済番号			加入年月日	昭和 平成	年 月 日
氏名					
事実の発生日					
傷病・災害の内容	1 傷病見舞金 10,000円 2 災害見舞金 20,000円 (該当番号を○で囲んでください。)				
見舞金請求の理由	※入院(1ヶ月以上)・罹災の事実がわかる書類の写しを添付してください。				

上記のとおり傷病・災害見舞金を請求します。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

