

申請年月日 20 年 月 日

給付事由証明書

共済会番号		職場番号		加入者	個人番号	
共済会名		職場名		フリガナ氏名		(印)

該当する給付事由に 印を付け、必要事項をご記入ください

①	クリスタル旅行券	生年月日
		年 月 日生

総合共済加入10年以上かつ40歳以上の慶事給付を受けていない独身の方が対象です

②	死亡	本人	配偶者	事由発生日	年 月 日
		子ども	父母	対象者氏名	
				生年月日	年 月 日生

父母とは義父母・養父母を問いません。給付は2回までです

子どもは加入者と生計を共にする未婚・未就業、事由発生日時点で25歳未満が要件です

対象者が子どもの場合はご記入ください

上記のとおり申請いたしますので、証明願います

上記のとおり、給付事由があったことを証明いたします

(子どもについては、加入者と生計を共にする未婚・未就業、事由発生日時点で25歳未満であることを確認しました)

年 月 日

職場名

分会長氏名

(印)

全日本教職員共済連合会理事長 殿

申請者本人が分会長の場合は、共済会または組合役員の証明が必要となります