

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	

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

<input checked="" type="radio"/> 1 クリスタル給付	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

<input checked="" type="radio"/> 2 死亡見舞金	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 父母	事由発生日	年 月 日
		対象者氏名	
		生年月日	年 月 日生 対象者が子どもの場合はご記入ください

※ 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

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

全日本教職員組合共済会理事長 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