

傷病見舞金支給決議書

伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	担当
支払年月日	年 月 日					
支払金額	円	資格取得	2019年 1月 1日			
		資格喪失	年 月 日			

傷病見舞金請求書

加入者となったときから加入者期間中にかかる期間請求できます。(同一疾病は1回まで)

① 必要事項を記入等のおえ事業主を通じて請求してください。
 ② 入院期間六〇日以上のごときは、傷病手当金請求書の写または入院期間の確認できる医師の証明書の写を添付して下さい。
 ③ 入院した場合は、退院した時または入院期間が一八〇日を超えた時に一括請求してください。④ 委任払いで委任をできるのは事業主に限ります。

加 入 者	事業所番号	999	(フリガナ) 加入者 氏名 (請求者)	キキン タロウ 基金 太郎		
	加入者番号	999999	(旧姓)	昭平 54年 11月 1日生		
	(フリガナ) 加入者 住所 (請求者)	トウキョウトミナトクハママツチョウ 〒 1 0 5 0 0 1 3 東京都港区浜松町〇-△-□		☎	03 (5403) 1071	
傷病名	〇△□◇		発症・負傷 の年月日	20△△年 〇月 〇日		治療・加療中
休養期間	自 20△△年 〇月 〇日 至 20△△年 〇月 〇日		日間		※支給区分 1	
上記休養のうち入院期間	自 20△△年 〇月 〇日 至 20△△年 〇月 〇日		10 日間		1. 2. 3 4. 5. 6	
事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 20△△年 □月 □日		事業主の証明を受けて 提出してください。		休養のみの場合は引き続き10日以上 入院の場合引き続き5日以上必要で す。入院期間が60日以上の場合に 及んだ場合、入院期間の確認できる 書面を添付してください。	
	所在地		東京都港区浜松町1-29-6			
	事業所名		外食産業 (株)			
	代表者名		代表取締役 □□ △△			
委 任 欄	委任状					
	傷病見舞金の受領を下記の者に委任します。					
	(受任者) 住所		氏名			
(委任・請求者) 住所		氏名				
年 月 日		外食産業ジェフ企業年金基金理事長 殿				
振 込 先	金融機関・店コード		三星 銀行・信組 信金・農協		受付日印	
	1 2 3 4 - 5 6 7		浜松町 支店			
	預金種別		普通・当座 口座番号 9 9 9 9 9 9 9			
(フリガナ) 口座名義		キキン タロウ 基金 太郎				

事業主に受け取りを委任
する場合のみ
委任者・受任者欄が必要