

慶弔給付金事由証明書

(事業所証明用)

証 明 日 平 成 年 月 日

(一財)鳥取市中小企業勤労者福祉サービスセンター 様

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、給付事由のあったことを証明します。

給付対象者	事業所番号	会員番号	会員氏名

証明内容 (○でかこむ)

共 済 事 由	証 明 内 容	
勤 続 祝 金	採用年月日	年 月 日 より
	勤続年数	10年・15年・20年・25年・30年・35年・40年
傷病休業保険金	傷病名	
	休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	病院名	TEL
	病院所在地	

※この証明書は自治体提携慶弔共済保険保険金請求書兼証明書<一括用>の添付書類として使用して下さい。

	局 長	担 当	合 議
処 理			

受 付 印

※提出は、直接窓口持参または郵送で (※FAX 不可)