

別紙

慶弔見舞金給付請求書

神奈川県行政書士会
会長 殿

請求日：令和 年 月 日

事務所 所在地：	
会員氏名：	支部名：
登録番号：	会員番号：
電話番号：	— — (請求者と日中の連絡が可能な電話番号)

私は神奈川県行政書士会福利厚生規則に基づき、下記のとおり給付金の請求を致します。

記

※1	給付原因	給付要件 ※2	
1	会員の死亡	死亡年月日 年 月 日	
2	会員の傷病により入院が 2週間に至ったとき	入院日 年 月 日	
3	2の場合で更に継続して 3か月入院したとき	入院日 年 月 日	現在の状況：
4	会員の配偶者の死亡	死亡者名	死亡年月日 年 月 日
5	会員の一親等の 親族の死亡	死亡者名（会員との続柄：）	死亡年月日 年 月 日
6	会員の罹災	罹災の状況：	罹災年月日 年 月 日
7	会員の結婚	配偶者氏名	入籍日 年 月 日
8	会員または会員の 配偶者の出産	出産した方の氏名	出産日 年 月 日

※1：該当する番号に○を付けてください。 ※2：該当する原因に対応する給付要件を記入ください。

請求者が会員の場合、印鑑は職印で押印ください。遺族が請求することができるのは、「1 会員の死亡」に限ります。

記入事項が行政書士名簿と異なるときは、受理できません。

給付原因を証する書類を添付してください。なお、請求可能期間は給付原因発生の日の日翌日から起算して1年以内となります。

振込を受ける口座(会員の死亡の場合または本会に届出のある口座以外に振込を希望する場合に記入してください)

金融機関名	支店名	預金科目	口座番号	口座名義人
	支店	普通 当座		(ふりがな)

請求者住所：

請求者氏名：

(会員との続柄：)

印

本会使用欄

会費未納	その他検討事由	給付可否	給付金額	給付日	総務部長印
有・無	有・無	可・否	円	・	