|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※事務局使用欄 | | |
|  |  |  |
| 送金日 | 年　　月　　日 | |

**山形県放射線技師会　共済金申請書**

**申請にあたっての注意事項**

※　死亡見舞金は**会員本人、配偶者、子**が死亡した時に給付されます。

※　結婚・出産祝金の申請期限は**申請理由が発生した日より1年間**です。

※　病気療養見舞金は**一ヶ月以上療養のため離職した場合**支給されます。

※　技師会費を**完納していない場合**は給付が受けられません。

※　この申請書は最寄りの理事または事務局まで提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **共済項目** | **給付金額** |
| 死亡見舞（弔慰金） | 会員本人10,000円 　配偶者・子5,000円 |
| 病気療養（１ヶ月以上） | １年　5,000円 |
| 結婚・出産祝金 | 5,000円 |

申請日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請理由 | | 結婚　・　出産　・　病気療養  死亡見舞（本人・配偶者・子） |
| 申請理由が発生した日 | | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ  氏　名 | |  |
|  |
| 会員番号 | |  |
| 所属施設 | 施設名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話（内線） |  |
| E-mail |  |

共済金は**現金書留**で送付します。（場合によっては手渡しとなることがあります）

**共済金の送付先**

|  |  |
| --- | --- |
| 受取人氏名 |  |
| 送付先 | 〒 |
| 電話番号 |  |