

組織共済証明書

共済会コード									組合員氏名	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

※該当する共済事由に○をつけて必要事項を記入してください。

●慶弔共済

慶 事	結 婚	結婚日 20 年 月 日	配偶者氏名		
	出 生	出産日 20 年 月 日	出生児氏名		
	入 学 (子ども)	入学日 20 年 月 日	児童生徒名	小・中学校名	
退職餞別金 (組合員のみ対象)		退職日 20 年 月 日			
傷病見舞金 (組合員のみ対象)		期間 20 年 月 日～20 年 月 日	傷病名		
重度障害 (組合員のみ対象)		※共済会記入 傷病名			(級)
死 亡	本 人	死亡日 20 年 月 日 氏名	(歳)		
	※不慮の事故の場合は事故理由・原因を記入				
	配偶者	死亡日 20 年 月 日 氏名			
	子ども	死亡日 20 年 月 日 氏名			
親	死亡日 20 年 月 日 氏名	組合員の 父・母		※組合員が現に居住している建物の災害に限ります。	
			配偶者の 父・母 ※同居のみ		
自然 災害	火 災	全焼損・半焼損・一部焼損 (被災日 年 月 日)			
	火災外	全壊・半壊・一部損壊・床上浸水 (被災日 年 月 日)			
	死 亡 (配偶者・子・親)	氏 名			

●団結共済

組 合 の 事 故 に よ る 不 慮 の	死亡・障害	※共済会記入 傷病名			(級)
	1日以上入院	20 年 月 日～20 年 月 日 (内 日間)			
	1日以上休業	20 年 月 日～20 年 月 日 (内 日間)			
	事故理由・原因	※給付項目に関わらず必ず記入			
すべての死亡		20 年 月 日			

上記のとおり、共済事由が発生したことを証明します。

20 年 月 日

単位共済会名

代表者名

印

国公共済会運営委員長 殿