

年 月 日

京都民医連共済会連絡会祝金申請書

班・事業所名：_____班_____

会員氏名：_____

保険番号：_____

下記内容に記載・該当項目に○印をして下さい。
記入後は、お勤め先(法人、班)の共済会担当者へ提出してください。

給付種目	結婚祝金・出産祝金
結婚祝金の場合 <u>姓名変更</u>	新姓名()
出産祝金の場合 <u>子名 性別</u>	名() 性別(男・女)
出産祝金の場合 <u>続柄</u>	第1子・第2子・第3子・その他()
該当年月日	年 月 日

用紙改定 2019/8/1