


ケーズホールディングスユニオン給付申請書B

事由発生から**90日以内**に申請して下さい 申請日 年 月 日

フリガナ		店名	
氏名		社員区分	正社員・EP・LP

申請の際には指定の書類の添付をお願いします。

家族死亡 <small>※会社提出の 申事届コピーを 添付</small>	死亡者氏名	氏名[] 享年 歳						
	組合員との関係	配偶者・実父・実母・義父・義母・実子・実兄・実弟・実姉・実妹・実祖父・実祖母						
	死亡年月日	年 月 日						
	喪主名と続柄	喪主名[] 続柄 []						
	葬祭場名 (住所と連絡先)	葬祭場名[]						
		住所: TEL:						
	通夜日時 告別式日時	年 月 日 時より 年 月 日 時より						
傷病 <small>※診断書のコピ ーを添付 復職後90日以内 に申請 (診断書の発行に 時間がかかる場合 は都度ご相談くだ さい)</small>	傷病名							
	休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
	病院名 (住所と連絡先)	病院名[]						
住所: TEL:								
災害見舞 <small>※罹災証明書 のコピーを添付 (被災証明書は不可)</small>	発生日時	年 月 日						
	発生事由							
	住所 (県名・市町村名)	例:茨城県水戸市南町						
	見舞区分	1. 全壊・全焼・流出・大規模半壊 2. 半壊・半焼・床上浸水 3. 準半壊 4. 一部焼損壊						
給付金振込先	銀行 労働金庫 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 <small>※ゆうちょ銀行の支店名は3桁の数字です</small>	預金種目	口座番号				
	フリガナ		普通					
	口座名義人							

※家族死亡で死亡者が本人・配偶者・子女の場合および災害見舞はUAゼンセン団体共済の適用になります。

※申請の流れ 申告者(組合員) → 組合事務局 → 組合員へ給付 本社便でご送付ください。

※給付金額は組合員サポートガイドまたは組合規約・規程 をご参照ください。

《事務局記入欄》 ケーズホールディングスユニオン TEL029(224)9301 **※必ず原本をご送付下さい**

受付日		出金額		決済日		書記		書記長	
-----	--	-----	--	-----	--	----	--	-----	--