

事 務 の 手 引

(2 0 2 4 年 4 月 改訂版)

(一財) 藤枝市勤労者福祉サービスセンター

事務局 〒 4 2 6 - 0 0 3 3

藤枝市小石川町四丁目 1- 1 1

サンライフ藤枝内 1F

TEL 0 5 4 - 6 4 5 - 2 0 4 4

FAX 0 5 4 - 6 4 6 - 6 7 1 8

事務担当者のみなさまへ

この「事務の手引」は、加入事業所で当サービスセンターの事務を担当していただく方のために作成したものです。

定款や関係する規程をはじめ、入会・退会・変更手続きや慶弔共済給付金及び補助金等の請求手続き等が掲載されていますので、事務処理の際にはご参照ください。
なお、会員証や共通割引利用券などの利用方法、サポートふじえだからの情報提供などについては、ガイドブックも併せてご覧ください。ホームページ、LINEでは、各種事業、チケット等の準備状況を確認することができます。

また、会員の皆様にもご理解いただくために、制度の周知をお願いいたします。

なお、交付されました「共通割引利用券」は、金券と同等の扱いとなるため、再発行することができませんので、大切に保管するよう、併せて周知くださるようお願いいたします。

お問合せは・・・

(一財) 藤枝市勤労者福祉サービスセンター

事務局

〒426-0033

藤枝市小石川町四丁目 1-11 (サンライフ藤枝内 1F)

TEL 054-645-2044

FAX 054-646-6718

ホームページ : <https://www.fujieda-sc.or.jp>

目 次

各種届出	1
記入例 入会申込書	2
記入例 会員登録票	3
記入例 退会届	4
記入例 変更届	5
慶弔給付	6
慶弔給付金給付申請書の添付書類一覧表	7
記入例 子の小学校入学	9
記入例 傷病休業見舞金	10
記入例 親の死亡	11
補助事業	12
記入例 人間ドック受診料補助金交付申請書	14
記入例 一般健診・生活習慣病健診受診料補助金交付申請書	15
記入例 インフルエンザ予防接種補助金交付申請書	16
記入例 健康スポーツ・文化教養講座受講料補助金交付申請書	17
記入例 退職金共済掛金補助金交付申請書	18

※ 各種申請書等の用紙はサポートふじえだホームページからダウンロードできます

各種届出

1. 会員の追加入会

既に入会している事業所で新たな会員を追加される場合は、「入会申込書」に必要事項を記入のうえ提出してください。手続き月の翌月 1 日から会員資格が発生します。

2. 入会金・会費

入会金 会員 1 人につき 800 円(原則として事業主負担)

会 費 会員 1 人月額 500 円(原則として事業主・従業員それぞれ 1/2 ずつ負担)

納 入 入会申し込み時に現金にて納入

2 回目以降は 3 月・6 月・9 月・12 月に 3 か月分を口座振替で前納していただきます。

3. 登録内容

入会時に会員の皆さまに記入していただいた「会員登録票」の内容は次のとおりです。

〈会員本人〉 氏名・性別・生年月日・住所・婚姻日・入社年月日

〈同居家族がいる場合〉 同居家族の氏名・生年月日等

※会員の子どもの小学校・中学校入学、会員の 20 歳・還暦・銀婚・永年勤続の慶弔給付金については、登録内容をもとに時期が来ましたら該当する会員の皆さまについて会員番号でホームページに掲載します。

4. 変更届

入会時に届け出た登録内容に変更が生じたときは変更届に必要事項を記入し提出してください。(FAX可)

5. 退会届

退会される場合は退会届に必要事項を記入し提出してください(FAX可)

会員証と共通割引利用券の残りは返却をお願いします。

…… 新規会員紹介へのお礼 ……………

会員拡大は会員の皆さまからの紹介が一番です。

会員が増えることでサポートふじえだの事業の充実につながります。ご紹介いただきました事業所・店舗へはサポートふじえだよりご説明に伺います。また、ご紹介いただきました事業所・店舗がサポートふじえだへ加入した場合、お礼として入会者 1 名につき 800 円を贈呈します。

※記入例

様式第1号 (第4条関係：事業所会員用)

(一財) 藤枝市勤労者福祉サービスセンター

入 会 申 込 書

新規 ・ 追加

〇〇 年 6 月 1 日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1 2 3 4

会費振替開始日 年 月 日

振 替 金 額 円

内 訳 月分

事業所名

サポート工業(株)

所在地

藤枝市小石川町〇-〇-〇

代表者氏名

藤枝 太郎

印

事業所印

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンターに加入したいので、必要書類を添えて申込みます。

※名前には、フリガナをつけてください。

氏 名	会員番号	氏 名	会員番号
フジエダ ジロウ			
藤枝 次郎			
フクシ ハナコ			
福祉 花子			

入力

※記入例

様式第3号(第4条関係)

事業所番号		会員番号		(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター		加入年月日		年 月 日	
				会 員 登 録 票		退会年月日		年 月 日	
会 員	フリガナ	フクシ ハナコ			性別	結婚	事業所名 サポート工業(株)		
	氏 名	福祉 花子			1 男 2 女	1 未 2 既			
	生年月日	昭・平・ 西曆 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日生			結婚年月日		昭・平・ 令 ・ 西曆 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日		
	フリガナ	フジエダシオカデヤマ〇-〇-〇			入社年月日		昭・平・ 令 ・ 西曆 〇 年 〇 月 〇 日		
住 所	〒 426 - 〇〇〇〇 電話 (054) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			職務 内容		1. 事業主 2. 役員 3. 家族従業員 4. 常勤従業員 5. パート			
	藤枝市岡出山〇-〇-〇								
同 居 家 族	続柄	フリガナ	生年月日		性別	備 考			
		氏 名			いづれかに○				
	夫 子 母	フリガナ	大・昭・平・令・ 西曆		男 女				
		福祉 太郎	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日						
		フリガナ	大・昭・平・令・ 西曆						
		福祉 一郎	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日		男 女				
	フリガナ	大・昭・平・令・ 西曆		男 女					
福祉 とめ	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日								
	大・昭・平・令・西曆								
		年 月 日		男 女					
		大・昭・平・令・西曆		男 女					
		年 月 日		男 女					
		大・昭・平・令・西曆		男 女					
		年 月 日		男 女					

「この個人情報は、契約の締結、維持管理、慶弔給付金の支払などの判断に関する業務やセンターの事業、各種商品、各種サービスの案内等の目的のために利用します。
この個人情報が、上記目的のために利用されることを登録家族とともに同意します。」

※ これらの登録情報をもとに、子どもの小・中学校入学、会員の20歳・還暦・
銀婚・永年勤続の慶弔給付金については該当する会員の皆様へご案内
通知をしています

※記入例

様式第5号（第10条関係）

（一財）藤枝市勤労者福祉サービスセンター

退 会 届

〇〇 年 6 月 1 日

（一財）藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1	2	3	4
---	---	---	---

事業所名

サポート工業（株）

所在地

藤枝市小石川町〇-〇-〇

代表者氏名

藤枝 太郎

印

事業所印

（一財）藤枝市勤労者福祉サービスセンターを退会したいので届け出ます。

記

※名前には、フリガナをつけてください。

氏 名	会員番号	退 会 理 由
フクシ ゴロウ 福祉 五郎	0 0 3	1. 退職 2. 死亡 3. 利用しない 4. 廃業 5. その他（ ）
		1. 退職 2. 死亡 3. 利用しない 4. 廃業 5. その他（ ）
		1. 退職 2. 死亡 3. 利用しない 4. 廃業 5. その他（ ）
		1. 退職 2. 死亡 3. 利用しない 4. 廃業 5. その他（ ）
		1. 退職 2. 死亡 3. 利用しない 4. 廃業 5. その他（ ）

※退会者の会員証・共通割引利用券をご返却ください。

入力

※記入例

様式第6号（第13条関係）

（一財）藤枝市勤労者福祉サービスセンター

変 更 届

〇〇 年 6 月 1 日

（一財）藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1 2 3 4

事業所名

サポート工業（株）

所在地

藤枝市小石川町〇-〇-

代表者氏名

藤枝 太郎

印

下記の事項に変更が生じたので届け出ます。

事業所印

○ 事業所についての変更

変更内容	変更前	変更後

※振替口座変更の場合には、「預金口座振替申込書」を添付してください。

○ 会員についての変更

会員番号

0 0 3

会員氏名

藤枝 次郎

変更内容	変更前	変更後
住所変更	426-0034 藤枝市駅前〇-〇-〇	426-0022 藤枝市稲川〇-〇
氏名変更	藤枝 次郎	福祉 次郎

※住所変更の場合には、変更後の郵便番号も記入してください。

入力

慶弔給付

会員とご家族にお祝いごとやご不幸があったとき給付金が支払われます。

申 請 事由が発生しましたら「保険金請求書兼証明書〈一括用〉」に必要事項を記入、押印のうえ添付書類(写し可)を添えて提出してください。

給付方法 月末締めで翌月 10 日に事業所指定口座に振込をします。(業務事情により給付日が遅れる場合がありますがご了承ください)

申請期間 給付金の請求できる期間は事由が発生してから 3 年間です。お早目に申請してください。

慶弔給付金一覧表 (2024.4.1 現在)

慶弔給付事由		金額
祝い金	会員の結婚	20,000
	会員又は配偶者の出産	10,000
	会員の子供の小学校入学	5,000
	会員の子供の中学校入学	5,000
	会員の成人(満 20 歳)	5,000
	会員の還暦(満 60 歳)	10,000
	会員の結婚 25 周年(銀婚)	10,000
	会員の永年勤続 15 年	7,000
	会員の永年勤続 20 年	10,000
	会員の永年勤続 25 年	15,000
傷病休業見舞金	会員の休業 14 日以上 30 日未満	8,000
	会員の休業 30 日以上 60 日未満	10,000
	会員の休業 60 日以上 90 日未満	13,000
	会員の休業 90 日以上 120 日未満	15,000
	会員の休業 120 日以上	18,000

慶弔給付事由				金額	
住宅災害見舞金	火災による	会員の建物・家財の居住する損害程度が	50%以上	200,000	
			30%以上 50%未満	140,000	
			20%以上 30%未満	100,000	
			20%未満	40,000	
	自然災害による	会員の建物・家財の居住する損害程度が	70%以上	60,000	
			20%以上 70%未満	30,000	
			20%未満	6,000	
			床上浸水		12,000
	後遺障害・重度障害	会員の疾病重度障害		65 歳未満	100,000
				65 歳以上	50,000
会員の不慮の事故(交通事故含む)による後遺障害			100,000		
			～4,000		
死亡弔慰金	会員の疾病死亡		65 歳未満	100,000	
			65 歳以上	50,000	
	会員の不慮の事故(交通事故含む)による死亡			100,000	
	会員のその他死亡	65 歳未満	100,000		
		65 歳以上	50,000		
	会員の配偶者死亡			50,000	
	会員の子供の死亡			10,000	
	会員の親の死亡			10,000	
	住宅災害による会員の同居親族の死亡			10,000	

「親」とは、会員及び配偶者の実父母、養父母、継父母(義父母)

「同居親族」とは、配偶者、6 親等内血族、3 親等内姻族(配偶者の父母兄妹等)

慶弔給付金給付申請書の添付証明書類一覧表

給付事由及び区分	内容	添付証明書類
会員の結婚	法律上の婚姻をいい、内縁関係は含みません 確定日は婚姻日（入籍日）です。 新姓で申請してください。	①法律上の結婚が確認できる書類（結婚届受理証明書、戸籍謄本）
会員又は配偶者の出産	多産児出生の場合は、その人数となります。 出生後 14 日以内に死亡した場合は対象外です（死亡弔慰金の対象となります）。	①出生の事実を証明する書類（戸籍謄本、住民票、健康保険証、母子手帳）
子供の小学校入学祝 子供の中学校入学祝	子とは、会員と生計を同じくする実子・養子・継子を指します。	①子の就学の事実を証明する書類または、子の生年月日がわかる書類（入学通知書、健康保険証等）
会員の成人	会員が 20 歳を迎えた場合を対象とし、確定日は「満 20 歳の誕生日」となります。	①生年月日を証明する書類（健康保険証、免許証等）
会員の還暦	会員が 60 歳を迎えた場合を対象とし、確定日は「満 60 歳の誕生日」となります。	
会員の結婚 25 周年 （銀婚）	確定日は「結婚記念日」（入籍日）から 25 年を迎えてた日とします。	①夫婦名と結婚日を証明する書類（戸籍謄本）
会員の永年勤続 15 年祝 会員の永年勤続 20 年祝 会員の永年勤続 25 年祝	会員が同一企業に連続して勤務した期間に対して給付します。	①入社日が記載されていて現在勤務していることがわかる書類（社会保険加入の場合は雇用保険証、健康保険証等） （社会保険に加入していない場合は開業届など入社日がわかるものと現在勤務していることがわかる書類）
傷病休業見舞金	常務上、業務外を問わず、会員が傷病により連続して 14 日以上休業した時に、休業日数に応じて給付します。休業日数には土日を含みます。仕事復帰後に手続きとなります。	①病気やケガとわかる書類（診断書・医療機関の領収書等） ②休業していることがわかる書類（出勤簿・タイムカード等）
火災等	会員が居住する建物または建物に収容されている家財が火災・落雷・破裂爆発・外部からの落下。衝突・水漏れ等によって被害を被った時に給付します。非居住部分（店舗、作業場等）は対象外です。	①罹災証明書 ②修理業者による見積書 ③損害箇所の写真 ④その他全労済が提出を求める書類

給付事由及び区分	内容	添付証明書類
自然災害	会員が居住する建物が自然災害によって被害を被った時に給付します。床上浸水と床上浸水以外の給付金は重複して給付されません。カーポートなど居住建物から離れている場合は対象外です。	①罹災証明書 ②修理業者による見積書 ③損害箇所の写真 ④その他、全労済が提出を求める書類
会員の疾病による 重度障害	会員が疾病や不慮の事故（交通事故を含む）によって障害が生じ、その障害の状態の症状が固定したときに給付します。	①後遺障害診断書 ②その他全労済が提出を求める書類
会員の不慮の事故（交通事故を含む）による重度障害・後遺障害		①後遺障害診断書 ②事故の証明書 ③その他全労済が提出を求める書類
会員の死亡	会員が死亡したときに給付します。	①死亡診断書または死体検案書 ②対象者と保険金受取人の関係を証明する書類 ③委任状（同順位の受取人が複数いる場合） ④事故の証明（事故の場合） ⑤その他全労済が提出を求める書類
配偶者の死亡	配偶者とは内縁関係にあるものを含みます。	①対象者との続柄と死亡が確認できる書類
子の死亡	子とは実子・養子・継子およびこれらの配偶者とします。妊娠7カ月以上経過したのち死産した子を含みます。	
親の死亡	親とは会員および配偶者の実父母、養父母、継父母です。	
住宅災害による 同居親族死亡	同居親族とは会員と同じ住宅に住む、配偶者、6親等内血族、3親等内姻族（配偶者の父母兄妹等）です。	①対象者との続柄と死亡が確認できる書類 ②死亡原因が住宅災害であることが確認できる書類

※全労済が提出を求める書類は給付の内容によって異なりますのでサポートふじえだにお問い合わせください

<保険金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて>

全労済協会は、保険金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、保険契約の締結・維持管理、保険金のお支払いなどを含む保険契約の判断に関する業務や、全労済協会の事業、各種保険商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 御中

全労済協会の自治体提携慶弔共済保険普通保険約款・特約に基づき、必要書類を添え、以下の内容にて、保険金を請求します。
本契約に関する個人情報(要配慮個人情報を含む)が、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払いなどの
判断に関する業務目的のために利用されることに同意します。

※記入例

請求日

20 24 年 4 月 1 日

保険契約者(サービスセンター・共済会・互助会等)

団体名	(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター	印
代表者名	理事長 島村 武慶	

申請番号

局長

係

決裁

事業所	事業所名 サポート工業(株)	事業所印
	代表者名 藤枝 一郎	印

会員(被保険者)	フリガナ フクシ ハナコ	生年月日	大・昭・平・西暦
	氏名 福祉 花子		1987 年 〇 月 〇 日生
現住所	〒 426 - 0033 フリガナ フジエダシコイシカワチョウ〇-〇-〇 藤枝市小石川町〇-〇-〇		
事業所番号	1234	会員番号	001
サービスセンター等加入日	2001 年 4 月 1 日	TEL (054) 645 - 〇〇〇〇	

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

死亡日・症状固定日	不慮の事故・交通事故の事故日	保険始期時点の満年齢	※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日(新規契約の初日または更新契約の初日)時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例)保険期間2019年4月1日～2020年3月31日、死亡日 2019年10月10日、誕生日 1954年(S29年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。
年 月 日	年 月 日	満 歳	
請求事由	110 会員死亡(65歳未満の方)	円	120 不慮の事故による死亡
	111 会員死亡(65歳以上の方)	円	不慮の事故による重度・後遺障害(級)
	210 重度障害(65歳未満の方)	円	保険金
	211 重度障害(65歳以上の方)	円	円

【住宅災害】

罹災日	20 年 月 日	物件住所 ※現住所と異なる場合記入	建物の延床面積	坪・㎡	坪・㎡
1. 火災等による住宅災害(300 301 302 303)	2. 自然災害による住宅災害(310 311 312 313)	火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発	台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害		
その他()	床上浸水 その他()	損害額 円	損害の程度	支払割合	
全労済協会処理欄	(1坪あたりの単価) 延床面積 × 100 =	⇒	(契約額) 円	保険金	円
	木造 60万円	%	%		
	鉄筋 70万円	%	%		

【傷病休業】

傷病名	休業期間	左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日 分まで
請求事由	1. 14日以上30日未満	円
	2. 30日以上60日未満	円
	3. 60日以上90日未満	円
	4. 90日以上120日未満	
	5. 120日以上	
		保険金合計
		円

入学の事由確定(発生)日は4月1日です

【慶弔見舞金】

家族死亡	結婚記念	成人・長寿	在会	事由確定(発生)日
400 配偶者 401 子 402 親 死亡者氏名 403 住宅災害による同居親族	442 銀婚(25周年)	430 成人 431 還暦 年 月 日生		20 〇〇 年 4 月 1 日
結婚祝 410	勤続	481 15年 482 20年 483 25年	退会	保 險 金
婚姻日 年 月 日	配偶者氏名・フリガナ・生年月日			
子の出生 420	子の入学 421 小学校 422 中学校		定年退会	
子の氏名・フリガナ・生年月日 フクシ イチコ 福祉 一子 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日生	(学校名等をご記入ください。) 藤枝市立藤枝小学校			5,000 円

※慶弔見舞金請求は、保険金受取人欄記入不要

保険金受取人	フリガナ	氏名	子
			子の入学祝の場合受取人欄の記入は不要です
		3. その他()	

<保険金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて>

全労済協会は、保険金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、保険契約の締結・維持管理、保険金のお支払いなどを含む保険契約の判断に関する業務や、全労済協会の事業、各種保険商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 御中

全労済協会の自治体提携慶弔共済保険普通保険約款・特約に基づき、必要書類を添え、以下の内容にて、保険金を請求します。
本契約に関する個人情報(要配慮個人情報を含む)が、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払いなどの
判断に関する業務目的のために利用されることに同意します。

※記入例

請求日

20 24 年 4 月 1 日

保険契約者(サービスセンター・共済会・互助会等)

団体名	(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター	印
代表者名	理事長 島村 武慶	

申請番号

局長 係

決裁

事業所	事業所名 サポート工業(株)	事業所印
	代表者名 藤枝 一郎	印

会員 (被保険者)	フリガナ フクシ ハナコ	生年月日	大・昭・平・西暦
	氏名 福祉 花子	1987 年 〇 月 〇 日生	
現住所	〒 426 - 0033 フリガナ フジエダシコイシカワチョウ〇-〇-〇 藤枝市小石川町〇-〇-〇		
事業所番号	1234	会員番号	001
サービスセンター等加入日	2001 年 4 月 1 日	TEL (054) 645 - 〇〇〇〇	

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

死亡日・症状固定日	不慮の事故・交通事故の事故日	保険始期時点の満年齢	※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日(新規契約の初日または更新契約の初日)時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例)保険期間2019年4月1日～2020年3月31日、死亡日 2019年10月10日、誕生日 1954年(S29年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。	
年 月 日	年 月 日	満 歳		
請求事由	110 会員死亡(65歳未満の方)	円	120 不慮の事故による死亡	円
	111 会員死亡(65歳以上の方)	円	不慮の事故による重度・後遺障害(級)	円
	210 重度障害(65歳未満の方)	円	保険金	円
	211 重度障害(65歳以上の方)	円		

【住宅災害】

罹災日	20 年 月 日	物件住所 ※現住所と異なる場合記入	建物の延床面積	坪・㎡	店舗併用住宅の居住部分	坪・㎡
1. 火災等による住宅災害(300 301 302 303)		2. 自然災害による住宅災害(310 311 312 313)				
火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発		台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害				
その他()		床上浸水 その他()				
全労済協会 処理欄	損害額 円	損害の程度	支払割合	保険金	円	
	(1坪あたりの単価) 延床面積 × 100 =	⇒	(契約額) 円			
	木造 60万円 鉄筋 70万円 × 坪	%	%			

【傷病休業】

傷病名	休業期間	左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間	
虫垂炎	20 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 20 〇〇 年 〇 月 〇 日	①なし ②一部請求(受取)済 20 年 月 日 分まで	
請求事由	① 14日以上30日未満	8,000 円	保険金合計 8,000 円
	2. 30日以上60日未満	円	
	3. 60日以上90日未満	円	
	4. 90日以上120日未満	円	
	5. 120日以上	円	

【慶弔見舞金】

家族死亡	結婚記念	成人・長寿	在会	事由確定(発生)日
400 配偶者 401 子 402 親 死亡者氏名 403 住宅災害による同居親族	442 銀婚(25周年)	430 成人 431 還暦 年 月 日生	退会	20 年 月 日
結婚祝 410 婚姻日 年 月 日	勤続 481 15年 482 20年 483 25年	定年退会		保 險 金 円
子の出生 420 子の入学 421 小学校 422 中学校 子の氏名・フリガナ・生年月日 (学校名等をご記入ください。)				
年 月 日生				

※慶弔見舞金請求は、保険金受取人欄記入不要

保険金受取人	フリガナ	氏名	見舞金の場合受取人の記入は不要です	フリガナ
			3. その他()	

＜保険金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて＞

全労済協会は、保険金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報（要配慮個人情報を含む）など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、保険契約の締結・維持管理、保険金のお支払いなどを含む保険契約の判断に関する業務や、全労済協会の事業、各種保険商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 御中

全労済協会の自治体提携慶弔共済保険普通保険約款・特約に基づき、必要書類を添え、以下の内容にて、保険金を請求します。本契約に関する個人情報（要配慮個人情報を含む）が、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払いなどの判断に関する業務目的のために利用されることに同意します。

※記入例

請求日

20 24 年 4 月 1 日

保険契約者(サービスセンター・共済会・互助会等)	
団体名 (一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター 代表者名 理事長 島村 武慶	

申請番号		
決裁	局長	係

事業所 事業所名 サポート工業(株)
 代表者名 藤枝 一郎 事業所印 

会員 (被保険者)	フリガナ	フクシ ハナコ			生 年 月 日	大・昭・平・西暦			
	氏名	福祉 花子				1987 年 〇 月 〇 日生			
現 住 所	〒	426	-	0033	フリガナ	フジエダシコイシカワチョウ〇-〇-〇			
	藤枝市小石川町〇-〇-〇								TEL (054) 645 - 〇〇〇〇
事業所番号	1234		会員番号	001		サービスセンター等加入日	2001 年 4 月 1 日		

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

死亡日・症状固定日		不慮の事故・交通事故の事故日		保険始期時点の満年齢※		
年 月 日		年 月 日		満 歳		
※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日（新規契約の初日または更新契約の初日）時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例) 保険期間2019年4月1日～2020年3月31日、死亡日 2019年10月10日、誕生日 1954年(S29年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。						
請求事由	110 会員死亡（65歳未満の方）			円	120 不慮の事故による死亡	円
	111 会員死亡（65歳以上の方）			円	不慮の事故による重度・後遺障害（ 級 ）	円
	210 重度障害（65歳未満の方）			円	保険金 円	
	211 重度障害（65歳以上の方）			円		

【住宅災害】

全 労 済 協 会 処 理 欄	罹災日	20	年	月	日	物件住所 ※現住所と異なる場合記入								
	1. 火災等による住宅災害 (300 301 302 303)					2. 自然災害による住宅災害 (310 311 312 313)					建物の延床面積	坪・㎡	店舗併用住宅の居住部分	坪・㎡
	火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発					台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害								
	その他()					床上浸水 その他()								
損害額	円					損害の程度	支払割合					保険金	円	
(1坪あたりの単価)					延床面積	×100= ⇒					(契約額)			円
木造 60万円					×	%					%			円
鉄筋 70万円														

【傷病休業】

傷 病 名		休 業 期 間		左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間	
		20 年 月 日 ～ 20 年 月 日		1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日 分まで	
請 求 事 由	1. 14日以上30日未満			円	保 険 金 合 計
	2. 30日以上60日未満			円	
	3. 60日以上90日未満			事由確定(発生)日は 死亡した日です。	円
	4. 90日以上120日未満				
	5. 120日以上				

【慶弔見舞金】

家族死亡		結婚記念	成人・長寿	在会	事由確定(発生)日
400 配偶者 401 夫 402 妻 403 住宅災害による同居親族	死亡者氏名 福祉 クマ	442 銀婚 (25周年)	430 成人 431 還暦 年 月 日生		20 〇〇 年 〇 月 〇 日
結婚祝	410	勤続			退会
婚姻日 年 月 日	配偶者氏名・フリガナ・生年月日 年 月 日生	481 15年 482 20年 483 25年	退会	保 険 金	
子の出生	420	子の入学	421 小学校 422 中学校	定年退会	10,000 円
子の氏名・フリガナ・生年月日 年 月 日生		(学校名等をご記入ください。)			

※慶弔見舞金請求は、保険金受取人欄記入不要

親の死亡の場合受取人欄の記入は不要です

補助事業

対 象 者 各項目 会員 1 年度 1 回

申請方法 所定の様式に必要事項を記入し必要書類を添付し提出してください。

1. 人間ドック・一般健診等受診料補助

会員の健康管理の一環として人間ドックや一般健診等を受診した場合、その受診料の一部を補助します。

補助金額

区分	受診料の金額	補助金額
人間ドック	20,000 円以上	6,000 円
	10,000 円以上	5,000 円
一般健診生活習慣病健診	6,000 円以上	3,000 円
	3,000 円以上	1,500 円

※「受診料」はオプション
料金を含む金額です

必要書類 医療機関発行の領収書(写し可)

※人間ドックの申請は領収書に人間ドックを受診したことが明記されているものに限りです

申請期間 補助事由の発生後 3 カ月以内に申請してください。やむを得ない場合は年度内に申請してください。

2. インフルエンザ予防接種補助

会員のインフルエンザ罹患率の低下と重症化を予防するため接種料の一部を補助します

補助金額

接種料の金額	補助金額
2,000 円以上	1,000 円

必要書類

医療機関発行の領収書(写し可)

※領収書に接種者氏名、「インフルエンザ予防接種」が記載されているものに限りです

申請期間 会報誌でお知らせします

3. 健康・スポーツ講座受講料補助

健康やスポーツ講座の受講料、スポーツクラブの入会金・会費の一部を補助します。

補助金額

領収書の金額	補助金額
9,000 円以上	3,000 円
6,000 円以上	2,000 円
3,000 円以上	1,000 円

必要書類

講座等の実施機関の発行の領収書(原本)

※領収書に受講した講座等の名称、期間、受講者名が記載されているものに限りです

受講期間 受講等がすべて終了した後で、
年度内に申請してください。

4. 文化教養講座受講料補助

藤枝市及び民間企業が行うカルチャー講座(資格取得は除く)等を受講した場合、受講料の一部を補助します。

補助金額

領収書の金額	補助金額
9,000 円以上	3,000 円
6,000 円以上	2,000 円
3,000 円以上	1,000 円

必要書類

講座等の実施機関の発行の領収書(原本)

※領収書に受講した講座等の名称、期間、受講者名が記載されているものに限りです

受講期間 受講等がすべて終了した後で、
年度内に申請してください。

5. 退職金共済掛金補助

サポートふじえだを通して初めて退職金共済制度の契約を締結した場合、掛金の一部を事業主に補助します。

補助対象 退職金共済制度に基づいて掛金を第1回の納入から第12回まで完納した被共済者の人数(加入と同時に申込をした人数)とその共済掛金

※この制度は退職金共済制度の導入・促進が目的ですのでサポートふじえだに加入する以前に退職金共済制度に加入している事業所及び追加契約は対象になりません

補助金額 会員(被共済者)1人につき退職金共済契約による掛金月額(補助対象掛金限度額5,000円)の20%を12ヶ月分補助

必要書類 掛金を納入したことを証明する書類

対象となる退職金制度 ①中小企業退職金共済制度(中退共)

②小規模企業共済

決 裁	局 長	係

※記入例

申請番号

人間ドック受診料補助金交付申請書

〇〇 年 〇 月 〇 日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1 2 3 4

事業所名

サポート工業(株)

代表者氏名

藤枝 太郎

事務担当者氏名

静岡 次郎

印

事業所印

下記のとおり受診料の補助金を申請します。

1. 補助金申請額

5,000円

2. 受診者氏名

藤枝 太郎

会員番号

0 0 1

(他 名)

3. 受診日

〇〇 年 〇 月 〇 日

4. 医療機関名

藤枝市立総合病院

5. 添付書類

- 受診を証明する領収書等
- 2名以上の申請は対象受診者名簿
※サポートふじえだ指定書式を使用してください
※対象受診者名簿には申請書に記載の受診者も入れてください

※記入例

決	局 長	係
裁		

申請番号

一般健診・生活習慣病健診受診料
補助金交付申請書

〇〇年 〇月 〇日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1234

事業所名 サポート工業(株)

代表者氏名 藤枝 太郎

事務担当者氏名 福祉 花子

印

事業所印

下記のとおり受診料の補助金を申請します。

1. 補助金申請額 10,500円

2. 受診者氏名 藤枝 次郎

会員番号

006

(他 3 名)

3. 受診日 〇〇年 〇月 〇日

受診者が2名以上の場合は、
対象受診者名簿を添付してく
ださい

4. 医療機関名 藤枝市立総合病院

5. 添付書類
- 受診を証明する領収書等
 - 2名以上の申請は対象受診者名簿
※サポートふじえだ指定書式を使用してください
※対象受診者名簿には申請書に記載の受診者も入れてください

※記入例

決	局 長	係
裁		

申請番号

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

〇〇 年 〇 月 〇 日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1	2	3	4
---	---	---	---

事業所名 サポート工業(株)

代表者氏名 藤枝 太郎

事務担当者氏名 福祉 花子

印

事業所印

下記のとおりインフルエンザ予防接種の補助金を申請します。

1. 補助金申請額 6,000円

2. 予防接種者氏名 藤枝 太郎

会員番号

0	0	1
---	---	---

(他 6 名)

3. 予防接種日 〇〇 年 〇 月 〇 日

4. 医療機関名 藤枝サポートクリニック

受診者が2名以上の場合は、
対象受診者名簿を添付してく
ださい

5. 添付書類
- 予防接種を証明する領収書等
 - 2名以上の申請は対象受診者名簿

※サポートふじえだ指定書式を使用してください
※対象受診者名簿には申請書に記載の受診者も入れてください

申請番号

※記入例

決	局 長	係
裁		

健康スポーツ・文化教養講座受講料 補助金交付申請書

〇〇年 〇月 〇日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1 2 3 4

事業所名

サポート工業(株)

代表者名

藤枝 太郎

印

事務担当者氏名

福祉 花子

事業所印

下記のとおり受講料の補助金を申請します。

1 補助金交付申請額

3,000 円

2 受講者氏名

富士 空

会員番号

0 2 5

3 添付書類

受講を証する領収書 等

4 申請する受講講座は、資格取得を目的としたものではありません



チェック欄

☐ 健康スポーツ講座☒ 文化教養講座

※健康スポーツ講座と文化教養講座の領収書を合わせることはできません

受講講座名	支払日	受講料	受講日	受講機関名
① 書道教室	〇〇年 〇月 〇日	3,000 円	〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日	サンライフ藤枝
② フラワー アレンジメント	〇〇年 〇月 〇日	5,000 円	〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日	SCカルチャー
③ 料理教室	〇〇年 〇月 〇日	1,000 円	〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日	藤枝公民館
合計受講料		9,000 円	補助金交付申請額	1,000円 2,000円 3,000円

申請番号

※記入例

決 裁	局長	係

退職金共済掛金補助金交付申請書

〇〇年 〇月 〇日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

1	2	3	4
---	---	---	---

事業所名 サポート工業(株)

代表者名 藤枝 太郎

印

事務担当者氏名 静岡 次郎

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター補助事業実施規程により、次のとおり補助金の交付を申請します。

事業所印

1 補助金交付申請額 24,000 円

2 補助金対象期間 〇〇 年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 日

3 内 容 1 中小企業退職金共済 2 特定退職金共済 3 小規模企業共済

会員番号	氏名	契約年月日	補助対象掛金	補助率	補助期間	補助額
006	藤枝 次郎	×.5.10	5,000	20%	12カ月	12,000
007	福祉 花子	×.5.10	5,000	〃	12カ月	12,000
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		
				〃		