

生命共済保険推進交付金交付申請書
(結婚祝品)

所属所名										
加入者番号	所属所番号					組合員番号				
						-				
加入者名	フリガナ									
配偶者名	フリガナ									
婚姻届出	平成・令和 年 月 日									
加入者保険種類	本人保険 (ハーティ・リリーフ)					医療保険 (医療入院プラン)				
保険加入年月	昭・平・令 年 月					昭・平・令 年 月				
決定額	30,000円									
上記のとおり申請します。 一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長 様 令和 年 月 日 所属所長 印										

※ ハーティ、リリーフ、医療入院プラン（本人コース）、いずれかに3年以上継続加入している共済会員が結婚した場合対象となります。（退職後6カ月以内の結婚を含む）

※ 結婚（入籍）後1年以内の申請に限ります。