別紙様式１号

# 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　　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　　年　　月 | | | | | | 昭・平　　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

平成　　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。