

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	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	年 月					年 月				
決 定 額	30,000円									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所長</p>										

※ 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。