

年 月 日

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

申 告 者

事業所・
会員番号

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

住 所

氏 名

印

電話番号 ()

共済金請求に関する休業期間の自己申告書

私は、このたび共済金請求にあたり、傷病の治療に専念するため下記のとおり休業していたことを申告します。

記

1. 傷病名及び医療機関名

(1) 傷 病 名 :

(2) 医療機関名 :

2. 休業期間

年 月 日から 年 月 日まで (日間)

3. 事業所名及び事業主名

(1) 事業所名 :

(2) 事業主名 :

事業主確認欄

(この欄は、申告者と事業主が異なる場合に、事業主がご記入ください。)

上記、記載内容に相違ないことを確認します。

年 月 日

事業主

印