

(様式7号)

支 出 命 令 書
給 付 金 (口 座 振 替) 請 求 書 (年 度)
領 収 書

(福利厚生共済制度)

命 令	年 月 日	部 長	課 長	係 長	担 当 者
本書のとおり支出されたい		会 長			
金 額				支 払 別 口 座 振 替	
施 設	(施設コード) 施設名	フリガナ 職 員	(職員コード)		
給 付 金 の 種 類 (該当するものを○で囲む)	1. 結婚祝金 4. 義務教育修了祝金 7. 死亡見舞金 2. 出産祝金 5. 傷病見舞金 3. 入学祝金 6. 災害見舞金				
請 求 の 事 由	が、年 月 日 のため				
契 約 者 の 確 認	上記のとおり相違ないことを確認します。 契約者氏名 (印)				
金 融 機 関 名	銀 行	本 店 支 店 出 張 所	口 座 番 号		
上記のとおり請求します。		令和 年 月 日			
施設名(又は住所)		加入職員氏名 (印)			
(あて先) 社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会会長					

借 方	貸 方	元 帳	補 助 簿	番 号
給 付 費	当 座 預 金			

※記入上の注意

- 金融機関名及び口座番号は、請求者名義の通帳を確認の上、記入してください。
- 右記添付書類のほかに、通帳の写し(金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの)の添付をお願いします。
- 太枠の中を記入してください。
- 押印はスタンプ印(シャチハタ等)以外でお願いします。

※添付書類

- ・結婚祝金
- ・出産・入学・義務教育修了祝金
- ・傷病見舞金
- ・災害見舞金
- ・死亡見舞金

- : 戸籍謄本
- : 住民票 (続柄が確認できるもの)
- : 入院証明(入院期間が確認できるもの)
- : 官公署の証明
- : ①戸籍謄本(死亡者が除籍されたもの)
- ②死亡者と請求者の続柄が確認できる公的文書
- ③被扶養者死亡の場合は、上記以外に扶養を証明する公的文書が必要