

勤労者共済証明書

平成 年 月 日

公益財団法人川越市勤労者福祉サービスセンター御中

事業所名	代表者名
------	------

下記の事由があったことを証明します。

会 員 (受取人)	会員番号	氏名	生年月日
	—		年 月 日
家族の死亡	死亡者名	死亡年月日	性別
	会員との関係	平成 年 月 日	男・女
	1. 親 (実・義・養・継) 2. 配偶者 3. 子 (死産 ヶ月)		年令
			満 才
結 婚	配偶者氏名	配偶者生年月日	新住所
	婚姻届出日	婚姻届出役所名	婚姻後の氏名
出 生	産婦氏名	出生年月日	病院名、住所、電話
	出生児氏名	続柄	
就 学	子の氏名	入学年月日	生活区分
	学校名	平成 年 4 月 1 日	同居・別居
成 人	生年月日		
還 暦	昭和 年 月 日		
銀 婚	婚姻届出日	配偶者氏名	配偶者生年月日
永年勤続	1. 勤続 10 年	勤続事由確定日	就職年月日
	2. 勤続 15 年		
	3. 勤続 20 年		
	4. 勤続 25 年		
	5. 勤続 30 年		
	平成 年 月 日	年 月 日	

振込み先	金融機関名	区分	口座番号
	銀行 支店	普通・当座	
	口座名義人 (フリガナ)		

※代表者名及び捺印のないものは無効です。

※記入上の注意事項については裏面をご覧ください。