

受 付 印	支 給 決 議 書	支 給 年 月 日	年 月 日	常務理事		係
		支 給 金 額				
		確 認				
		支 給			備 考	

神奈川県医療福祉企業年金基金理事長 殿

結 婚 祝 金 請 求 書

(様式第2号)

事 業 主 の 証 明 委 任 状	加入者番号		加入者氏名 (印)	
	加入者資格 取得年月日	昭 平 令 年 月 日		
	婚姻年月日	年 月 日		
	結婚した相手の氏名			
	上記のとおり相違ないことを証明します。(事業所番号) 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (印)			
<p>* 必ず記入してください *</p> 上記、結婚祝金の受領を事業主(事業主名) _____ に、委任します。 年 月 日 委任者氏名(請求者) _____ (印)				
振込先金融機関名 (事業所の取引金融機関)		銀 行 信用金庫 信用組合 店		
口座種別	普通・当座	口座番号		
口座名				
現金書留を希望する場合の担当者氏名				

* 請求者本人の口座には振込はできませんので、事業所の口座をご記入くださいますようお願いいたします。

(結婚祝)

第5条 結婚祝は加入者が在職中に結婚したときに支給する。

2 前項の結婚祝の支給要件および支給金額は次のとおりとする。

加入者期間1年以上 10,000円

*加入者期間については、在職中の事業所で、継続した加入員期間によるものとする。

(権利の消滅)

第11条 この規定による給付を請求する権利は、その給付事由の発生した日の翌日から起算して2年以内に行使しないときは、時効により消滅するものとする。