

※【書式例】（A4サイズにコピーしてご利用ください。）

## 共 済 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

仙台弁護士事務員会 御 中

事務所名

氏 名

（代理申請者氏名）

仙台弁護士事務員会共済規定により、下記のとおり共済の給付を申請します。

**給付理由**（該当する数字に○印を付け、事由発生日をご記入下さい。また、産前産後休暇・育児休暇・長期療養等のために30日以上所属事務所を休職する場合、会費の徴収及び受領はいたしませんので、休職期間をご記入下さい。）

### 第4条の1

- 1 会員が疾病その他の事故により2週間以上勤務ができない
- 2 会員の死亡
- 3 会員の配偶者、子供、父母の死亡
- 4 会員の結婚（業務上の姓の変更：  有  無）
- 5 会員の出産
- 6 会員の配偶者の出産

※平成24年度総会から運用により、初年度会費無料化制度を利用中の会員は、共済給付の対象外となっております。

※第4条の2⇒退職に伴う共済については、退会届での申請をお願いします

※第4条の4⇒結婚に伴い氏名・住所等に変更がある場合は、別途、登録内容変更届出書のご提出をお願いします。

事由発生日 令和・平成 年 月 日

休職期間 令和・平成 年 月 日～令和・平成 年 月 日

### 備 考 欄

仙台弁護士事務員会 小野又 行

（虎ノ門法律経済事務所レターケースもしくはFax 797-7672）