

祝 金 共 済 保 険 証 明 書

伊東市勤労者共済会会長 様

平成 年 月 日

事業所の名称	事業主 (代表者) 印
下記の共済保険事由があったことを証明します。	

会	フリガナ	性別	会員番号							
	氏名 印	男・女	生年月日	年 月 日						
員	〒 ー		電話番号							
	住所		()							

結婚	配偶者氏名	配偶者生年月日 年 月 日	婚姻届日 平成 年 月 日	届出役所	
出生	子の氏名 フリガナ		届出役所		
			病院名		
	子の生年月日	年 月 日	病院住所	TEL	
入学	子の氏名	子の生年月日 年 月 日	学校名 学校		
			入学日 平成 年 月 日		
1. 成人祝 (満20歳)		生 年 月 日	祝を迎えた誕生日		
2. 還暦祝 (満60歳)		年 月 日	平成 年 月 日		
銀婚	配偶者氏名	配偶者生年月日 年 月 日	婚姻届出日 年 月 日	祝を迎えた日 平成 年 月 日	
永年勤続	1. 勤続10年		就職年月日		
	2. 勤続20年				
	3. 勤続30年		年 月 日		