

# KSC 事務の手引き

(令和3年4月改訂)



## ■ ごあいさつ

---

公益社団法人久留米広域勤労者福祉サービスセンター（KSC）は、個々の企業では独自に実施することが難しい福利厚生事業を、中小企業の事業主の方と力を合わせて運営することにより、従業員の皆さまには、より豊かな生活をしていただき、企業には、雇用の安定と発展を確保していただくため、設立された公益法人です。

幸い、設立当初より、多くの皆様の暖かいご支援をいただき、現在では加入企業約 1,100 社、会員数約 12,500 人を擁する組織にまで発展してまいりました。

言うまでもなく、企業は地域社会に密着し、都市生活の健全な発展と市民生活の向上を支える基盤として、大変重要な役割を果たしております。当センターといたしましては、このような社会的使命を担っている企業の経営安定・向上を心から願い、明日の明るい社会の創造を目指し、更なる事業の充実に努める所存であります。

私共の取り組みを理解していただくと共に事務をご担当いただく方の負担を少しでも軽減できればと考え、この事務の手引きを作成いたしました。

ご担当の皆さまをはじめ会員の方々には、今後とも、なお一層のお力添えを賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

結びになりますが、皆さま企業の益々のご発展と、従業員の皆さまのご健勝、ご活躍を心から祈念いたします。

令和3年4月

公益社団法人 久留米広域勤労者福祉サービスセンター

# ■ CONTENTS (目次)

---

---

■入会について	
KSC 会員になれる方	1
入会の手続き	1
会        費	2
■変更について	3
■会員証の再発行について	4
■退会について	4
■給付制度について	5
給付制度の種類	5
給付金の申請	6
■定期健康診断費用の助成	7
■インフルエンザ予防接種費用の助成	8
■様式集 (コピーしてご利用ください)	10
入会申込書	11
変更届 (事業所用)	12
変更届 (会員用)	13
退会届	14
給付申請書 (記入例)	15
給付申請書	16
会員証再発行依頼書	17
事業所ご紹介カード	18
定期健康診断費用助成金申請書	19
定期健康診断受診者名簿	20
インフルエンザ予防接種費用助成金申請書	21
インフルエンザ予防接種者名簿	22

# ■ 入会について

## KSC会員になれる方

- ① 原則として、事業所に常時勤務する従業員と事業主の方です。
- ② 試用期間中の方や常時勤務をしない方は、事業主の判断によって会員となることができます。

※入院中または病気加療中の方は、入会いただけません。

## 入会の手続き

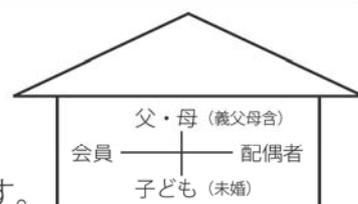
新規採用等により入会をされる場合は、「入会申込書 (P11)」に  
会員氏名(フリガナ)、住所、電話番号、生年月日、入社年月日 等の  
必要事項をご記入いただき、FAXまたは郵送にてお申込みください。

※記入漏れがありますと、入会手続きが遅れることがあります。  
同居で生計を一にする家族(※登録家族)の方についても、ご登録ください。

※登録家族とは

会員と同居し、生計を一にする家族の方で、**会員の配偶者・  
子ども(未婚)・父母(義父母も含む)**が対象となります。

なお、子ども(既婚)・祖父母・孫・兄弟等は対象外となります。



## 入会受付

KSCに**入会申込書が届いた日の翌月**からの入会となります。

FAXによる届出の場合は、**送信後必ずお電話ください。**

FAX 0942-39-7816 → TEL 0942-39-7811

## 会員の利用について

入会手続き完了後、下記の①～③を事業所へお送りします。

会員お一人ごとに

- ① K S C 会員証：提携施設やフェア企画等を利用する際に提示してください。
- ② KSCガイドブック：給付や助成制度、その他様々な提携施設の情報が満載です。
- ③ K S C ニュース：クーポン付のフェア企画やチケット情報などバラエティー豊かな内容となっています。2ヶ月ごとに事業所にお送りしています。

## 会 費

会費のお支払いは、事業所単位で **3ヶ月分の前納** となります。

- ①入会金（入会時に1名につき 久留米広域エリア 500円・エリア外 1,000円）
- ②会 費（1名につき月額 1,000円）

※会費の日割り計算はありません。退会月も会費は発生します。  
この場合、会費の返金はできませんので、予めご了承ください。

### 1 会費の納入

会費の納入方法は下記の2通りとなります。

- ① **指定口座からの自動引落とし**（筑邦銀行・福岡銀行・大川信用金庫の3行に限ります）

各納入月の会員数に応じて下記の振替日に指定金融機関口座より引落しさせていただきます。（口座振替日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日となります）  
振替日の前日までに指定預金口座の残高をご確認ください。

（残高不足等で口座振替が出来なかった場合は、翌月23日に再振替を行います）

納期	会 費	振替日
第1期	4・5・6 月分	4月23日
第2期	7・8・9 月分	7月23日
第3期	10・11・12 月分	10月23日
第4期	1・2・3 月分	1月23日

※4月・7月・10月・1月以外の月に入会があった場合は、入会月に該当者の分だけ入会金・会費が引落とされます。

- ② **振込通知書による振込**

KSCより振込通知書を事業所宛てにお送りします。

※なお、筑邦銀行の窓口にてお振込みされますと、手数料は無料となります。

他の金融機関からの振込は、手数料が自己負担となります。

### 2 会費の精算

会員の退会があった場合、会費の前納分については、下記のとおり精算いたします。

- ① 退職等で一部の会員が退会する場合

次回の会費請求時（4月・7月・10月・1月）に、相殺します。

★ 精算分がある場合、請求書にて内訳を表示しておりますので、ご確認ください。

- ② 事業所退会（事業所の全会員が退会）の場合は、KSCへご連絡ください。

※会費を滞納されますと、KSCニュースの配送・助成金等のお支払いが  
できません。また、強制退会となる場合もあります。

# ■ 変更について

次の事項等に変更が生じた場合には「変更届」をKSCへ  
**FAXまたは郵送**にて、速やかに提出してください。

## 1 「変更届（事業所用）・・・P12」

- 事業所名
- 所在地
- 電話番号
- FAX 番号
- 代表者
- 事務連絡担当者 等

変更がある場合は、変更事項のみ記入してください。

### 注意事項

会費の振替金融機関及び口座名義人・口座番号の変更がある場合は、KSCへご連絡ください。「預金口座振替依頼書」を郵送いたします。

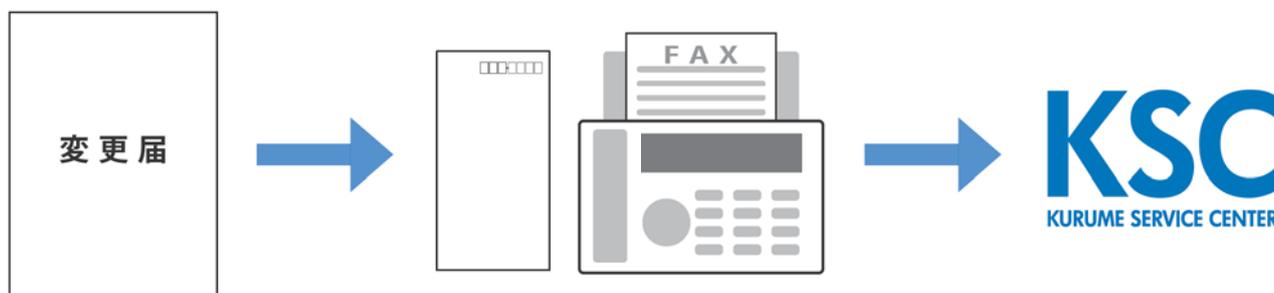
## 2 「変更届（会員用）・・・P13」

- 氏名
- 住所
- 電話番号
- 登録家族 等

変更がある場合は、変更事項のみ記入してください。

★ 会員の氏名が変更になった場合は、会員証を再交付いたします。  
後日、旧姓の会員証はKSCへ返却してください。

★ 結婚や引越しなどにより登録家族が変更（追加・削除等）になった場合も変更届の提出が必要です。



FAXによる届出の場合は、**送信後必ずお電話ください。**

FAX 0942-39-7816 → TEL 0942-39-7811

## ■ 会員証の再発行について

会員証の紛失・破損等の場合は、会員証の再交付を受けることができます。

### 1 手続方法

必要事項を記入した「会員証再発行依頼書」(P17)をK S Cへ郵送してください。  
**(F A X不可)**

### 2 手数料

500円

### 3 受取・支払方法

代金引換郵便(代引)にて会員証を郵送いたします。窓口での受渡しは行っておりません。

代引手数料はK S Cが負担いたします。再交付手数料500円のみお支払いください。

#### 注意事項

再交付の会員証をお届けするまで、申請受付から1週間ほどかかります。  
会員証は大切にお取扱ってください。

## ■ 退会について

会員が退職、死亡、その他の理由で退会される場合は、速やかに退会の手続きを行ってください。

### 1 手続方法

必要事項を記入した「退会届」(P14)をK S CへF A Xまたは郵送にて、提出してください。

F A Xによる届出の場合は、**送信後必ずお電話ください。**

F A X 0942-39-7816 → T E L 0942-39-7811

#### 注意事項

退会はK S Cに**退会届が届いた日の月末が退会**となります。退会月も会費は発生しますので、手続きもれ等のないようにご注意ください。

### 2 会員証の返却

会員が退会される際は、**必ず**K S Cへ**会員証を返却**してください。(郵送可)

# ■ 給付制度について

充実した給付制度を設けております。  
給付事由が発生した時にKSC会員である場合に対象となります。

## 1 給付制度の種類

項目	事由	給付金額	証明書類(いずれか一つ)	注意事項
結婚祝金	会員が入籍したとき	30,000円	戸籍抄本・ 婚姻届受理証明書等	変更届が必要です
出産祝金	会員または会員の配偶者が 出産したとき	10,000円	健康保険証・ 母子手帳等	変更届が必要です
★入学祝金	会員の子が小・中学校に入学したとき(生計を同一にする子)	10,000円	健康保険証・ 入学通知書等	生年月日が証明 できる確認書類
★成人祝金	会員が満20歳に達したとき	10,000円	健康保険証・ 運転免許証等	
★還暦祝金	会員が満60歳に達したとき	10,000円	健康保険証・ 運転免許証等	
★結婚記念祝金	会員が結婚(入籍)して、満25年 及び満35年を迎えたとき	満25年 10,000円 満35年 10,000円	戸籍抄本	左記期間経過後の 入籍日以降に発行 されたもの
★勤続祝金	それぞれの対象年数に達した とき	満10年 5,000円 満15年 6,000円 満20年 7,000円 満25年 10,000円 満30年 20,000円	証明不要	
傷病見舞金	会員が傷病により継続欠勤 したとき	14日以上30日未満 10,000円 30日以上60日未満 15,000円 60日以上90日未満 20,000円 90日以上120日未満 25,000円 120日以上 35,000円	健康保険等の傷病 手当請求書・ 入院期間や就労で きかない期間がわかる 証明書 ※その他必要な書類 があればKSCから 連絡いたします。	会員と事業主が親族 関係にある場合は、 医師など第三者の証 明書をご提出ください。 証明書の提出がない 場合は入院期間を欠 勤期間とさせていただきます。
障害見舞金	会員が重度障害になり退職 するとき	100,000円	KSCへ ご連絡ください	
住宅災害見舞金	会員が火災・自然災害(風・水害) により居住家屋に著しい損害を 受けたとき	火災 ~100,000円 (最高) 自然災害 ~30,000円 (最高)	KSCへ ご連絡ください	・被害状況により金 額は異なります。 ・水害の床下浸水は、 対象外です。
死亡弔慰金	会員、またはその配偶者 もしくは子・親(義父母も含む) が死亡したとき (同居・別居 不問)	会員 100,000円 配偶者 50,000円 子 20,000円 親(義父母も含む) 10,000円	死亡診断書・死体 検案書・除籍抄本・ 住民票除票	

- ① 証明書類はコピーでも可。
  - ② 上記以外の証明書類であっても申請事実を証明できるものであれば可。  
(KSCへお問合せください)
  - ③ 妊娠7か月(24週)以上経過後の死産、子が出生して14日以内に死亡した場合は、  
死亡弔慰金をご請求ください。
- ★印の該当者はKSCから事業所宛てに通知いたします。

## 2 給付金の申請

### ① 給付金の申請方法

給付申請書（P16）に必要事項を記入及び押印いただき、必要な**証明書類**を添付し、申請してください。（給付事由発生前の申請は不可）

申請書は、K S Cへ郵送または持参してください。（**F A X不可**）

### ② 給付金の支給について

給付金は原則 **事業所への一括入金** となります。  
給付確定後、事業所宛に「給付振込通知書」を送付します。  
通常、受付月の翌月末頃に給付金を支給します。

#### 注意事項

**給付申請書に不備（記入漏れ・押印漏れ・証明書の漏れ）があると給付が確定しません。** 記入漏れ等ないようにご注意ください。

4月・5月の申請は、申請件数が多いため通常より支給までに日数を要する場合があります。

### ③ 請求期間

給付事由発生後 **3年以内**

### ④ その他

注意事項については、別冊「K S Cガイドブック」を参照ください。

※給付金は、会員の申請に基づいて給付されるものであり、自動的に給付されるものではありません。

（入学祝金・成人祝金・還暦祝金・結婚記念祝金・勤続祝金の該当者には、K S Cから事業所宛に「給付予定通知書」を送付しますが、給付を受けるには、**「給付申請書」**の提出が必要です）

※会費未納の場合は、会費入金確認後の給付となります。

## ■ 定期健康診断費用の助成

KSCの指定健診機関で定期健康診断を受診する場合、その費用の一部を助成いたします。なお、指定健診機関以外で受診した場合は、後日、申請することで助成を受けることができます。

- 健診内容 労働安全衛生法に定められている健康診断  
※ 1年に1度事業主が従業員に対して行わなければならない健康診断
- 対象者 事業主
- 助成金額 会員（**受診時に会員であること**）1名につき2,000円以内
- 利用制限 1年度（4月1日～3月31日）に1会員1回のみ  
※ 受診日を利用実績日とします。
- 指定健診機関 別冊「KSCガイドブック」を参照ください。

### 指定健診機関で受診する場合

受診を希望される指定健診機関へ直接お問い合わせください。

※ **申込み時に、必ずKSC会員であることを健診機関にお知らせください。**

指定健診機関では、

**KSCからの助成を受けた費用で受診できます。**

（KSCへは申請等の手続きをする必要はありません）

### 指定健診機関で受診できない場合

医療機関で受診後「**定期健康診断費用助成金申請書**」（P19）、「**定期健康診断受診者名簿**」（P20）に必要事項を記入し、以下の書類を添付のうえ、KSCへ郵送または持参してください。

- 添付書類

#### **医療機関発行の請求書及び領収書（コピー可）**

※ 事業所宛（又は会員個人宛）のもの

請求書及び領収書には次の①～⑤の記載が必要です。

- ① **個人ごとの受診日**
- ② 受診者氏名
- ③ 受診した医療機関名（医療機関の押印があるもの）
- ④ **個人ごとの受診費用**
- ⑤ 「定期健康診断受診代」と明記されていること

★ 請求書及び領収書に上記の記載がない場合は、**付属の明細書や上記項目が分かるものを医療機関より発行していただき、添付してください。**

- 請求者 事業主（事業所で取りまとめて、1回のご請求でお願いします）
- 請求期限 受診した年度内（4月1日～3月31日）にKSCへ必着
- 支払 「定期健康診断費用助成金申請書」にご記入の事業所口座にお振込みいたします。振込は受付月の翌月末となります。

# インフルエンザ予防接種費用の助成

会員本人がインフルエンザ予防接種（指定医療機関はありません）を受けられた場合、接種費用の一部を助成いたします。

- 対象者 会員本人のみ（接種時に会員であること）
- 助成金額 1名につき1,000円（接種料1,000円以上に限る）
- 接種期間 10月～1月
- 利用制限 接種期間内に1会員1回のみ  
※2回以上インフルエンザ予防接種をした場合でも、請求は1回しかできません。

## 請求方法

「インフルエンザ予防接種費用助成金申請書」（P21）・「インフルエンザ予防接種者名簿」（P22）に必要事項を記入し、以下の書類を添付のうえ、KSCへ郵送または持参してください。

○添付書類

### 医療機関発行の領収書（コピー可）※レシート不可

領収書には次の①～⑤の記載が必要です。

- ① 接種日
- ② 接種者氏名
- ③ 接種した医療機関名（医療機関の押印があるもの）
- ④ 接種費用

（※合算の場合は、個人ごとの単価が記載されているものに限る）

- ⑤ 「インフルエンザ予防接種代」と明記されていること

（※明記されていない場合は医療機関に「インフルエンザ予防接種代」の明記と押印を依頼してください。）

領収書の内容で上記の記載がない場合、付属明細書やインフルエンザ予防接種済証、またはロット No. の入った証明書等を添付してください。「予防接種」だけの記載では受付できません。

- 請求者 事業所（事業所で取りまとめて、1回のご請求でお願いします）
- 請求期限 受診した年度内（10月1日～3月31日）にKSCへ必着
- 支払 「インフルエンザ予防接種費用助成金申請書」にご記入の事業所口座にお振込みいたします。振込は受付月の翌月末となります。

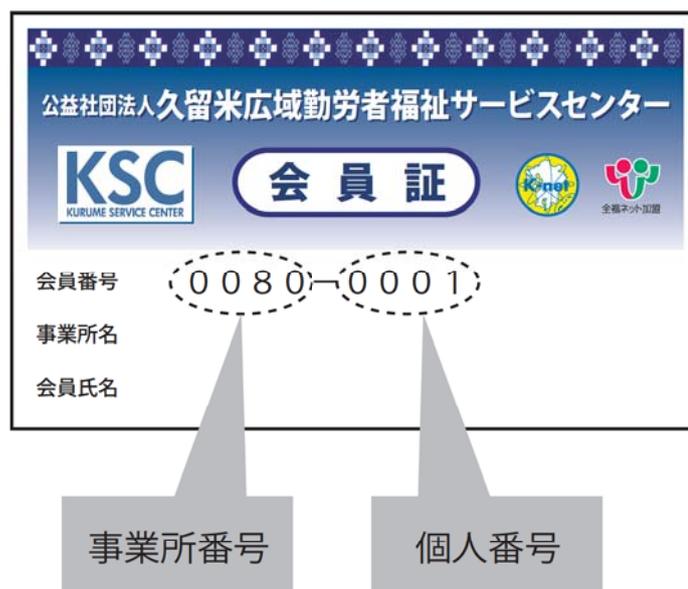




# 様式集

- 様式は、コピーしてご使用ください。
- FAXにて手続きをされる場合は、FAX送信後必ずKSCへお電話ください。
- 様式は、KSCホームページ  
<https://kurume.knet-web.net/>  
からもダウンロードできます。

(会員証見本)



--	--	--	--

月入会
-----

# 入 会 申 込 書

年 月 日

(公社)久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記のとおり、(公社)久留米広域勤労者福祉サービスセンターに入会します。

事業所番号		事業所名		
フリガナ			TEL	
会員氏名			- -	性別 男・女
会員住所	〒 -			雇用形態
生年月日	S・H	年 月 日	1. 正規職員	
入社年月日	S・H・R	年 月 日	2. パート職員	
入籍年月日	S・H・R	年 月 日	3. その他	

## 同居で生計を一にする家族（登録家族）

No.	氏 名	生年月日	性 別	続 柄
1	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
2	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
3	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
4	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
5	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母

① FAX ⇒ ② TEL

※FAX送信後は必ず確認の  
TEL(0942-39-7811)を  
KSCまでお願いします。

事務局使用欄			
入 力	確 認	会 員 証	発 送

FAX可 ・ 0942-39-7816

# 変更届 (事業所用)

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

---

下記のとおり、変更します。

フリガナ			
事業所名			
所在地	〒 - -		
TEL	- -	FAX	- -
代表者	役職名	担当者	所属
	フリガナ		フリガナ
	氏名		氏名

① FAX ⇒ ② TEL

※ FAX 送信後は必ず確認の  
TEL (0942-39-7811) を  
KSCまでお願いします。

事務局使用欄			
入力	確認	会員証	発送

FAX可 ・ 0942-39-7816

# 変更届 (会員用)

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

事業所名

代表者名

下記のとおり、変更します。

変更事由	引越 ・ 結婚 ( 年 月 日 入籍 ) ・ 離婚 出産 ・ その他 ( )				
会員番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
会員氏名	フリガナ		※氏名の変更がある場合のみ記入		
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		旧姓： <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
住 所	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
T E L	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
登録家族 <small>(同居で生計を 一にする家族)</small>	追加	氏 名	生年月日	性 別	続 柄
		フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
		フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母
	フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	配偶者 子(未婚のみ) 父母・義父母	
	削除	氏名	氏名		
氏名		氏名			

① FAX ⇒ ② TEL

※ FAX 送信後は必ず確認の  
TEL (0942-39-7811) を  
K S C までお願いします。

事務局使用欄			
入 力	確 認	会 員 証	発 送
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			

FAX可・0942-39-7816

月末退会
------

# 退会届

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

---

下記のとおり、(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンターを退会します。

	会 員 番 号				会 員 氏 名	退会理由 該当する項目に○印をご記入ください。 その他の場合は理由をご記入ください。		
						退職	死亡	その他
1			—			退職	死亡	その他
2			—			退職	死亡	その他
3			—			退職	死亡	その他
4			—			退職	死亡	その他
5			—			退職	死亡	その他

① FAX ⇒ ② TEL

※ FAX 送信後は必ず確認の  
TEL(0942-39-7811)を  
KSCまでお願いします。

事務局使用欄	
入 力	確 認

# 記入例

会員様一名ごとにご記入ください  
該当する項目に☑して必要事項をご記入ください

FAX不可

提出日を記入

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

## 給付申請書

事業所番号 〇〇八〇

代表者名

代表取締役  
久留米 太郎

印

事業所名

株式会社 久留米

必ず押印

会員番号

〇〇八〇〇〇〇一

会員氏名

クルメ アキコ

(カタカナで記入)

振込先

事業所口座  個人口座

〇〇 銀行 〇〇 支店

当  
普

口座番号 1234567

フリガナ

カ)クルメ

口座名義人

(株)久留米

項目	給付金額	事由確定日	摘要
<input type="checkbox"/> 成人祝金	10,000円	20歳誕生日 年 月 日	H 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 還暦祝金	10,000円	60歳誕生日 年 月 日	S 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 結婚祝金	30,000円	婚姻日 年 月 日	配偶者氏名
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚記念祝金	<input checked="" type="checkbox"/> 25周年 10,000円 <input type="checkbox"/> 35周年 10,000円	婚姻日 <input checked="" type="checkbox"/> 25年後 <input type="checkbox"/> 35年後 R 3 年 4 月 1 日	証明書(戸籍抄本)発行日 R 3 年 4 月 2 日
<input type="checkbox"/> 出産祝金	10,000円	出生日 年 月 日	子の氏名
<input type="checkbox"/> 入学祝金	<input type="checkbox"/> 小学校 10,000円 <input type="checkbox"/> 中学校 10,000円	入学日(年のみ記入) 年 4 月 1 日	子の氏名
<input checked="" type="checkbox"/> 勤続祝金	<input type="checkbox"/> 10年 5,000円 <input type="checkbox"/> 15年 6,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 20年 7,000円 <input type="checkbox"/> 25年 10,000円 <input type="checkbox"/> 30年 20,000円	入社年月日の <input type="checkbox"/> 10年後 <input type="checkbox"/> 15年後 <input checked="" type="checkbox"/> 20年後 <input type="checkbox"/> 25年後 <input type="checkbox"/> 30年後 R 3 年 3 月 31 日	入社年月日 S・H 13 年 4 月 1 日
<input type="checkbox"/> 傷病見舞金	<input type="checkbox"/> 14~29日 10,000円 <input type="checkbox"/> 30~59日 15,000円 <input type="checkbox"/> 60~89日 20,000円 <input type="checkbox"/> 90~119日 25,000円 <input type="checkbox"/> 120日~ 35,000円	欠勤期間の最終日 年 月 日	欠勤期間 自 年 月 日 至 年 月 日 傷病名 病院名
<input type="checkbox"/> 障害見舞金	重度障害に該当される方のみ 100,000円	認定日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 本人 100,000円 <input type="checkbox"/> 配偶者 50,000円 <input type="checkbox"/> 子 20,000円 <input type="checkbox"/> 父母 10,000円 <input type="checkbox"/> 義父母 10,000円	死亡日 年 月 日	死亡者氏名

入籍日以降のもの

※住宅災害見舞金については、KSCまでご連絡下さい。TEL:0942-39-7811

## 給付申請書

事業所番号

代表者名



事業所名

会員番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

会員氏名

(カタカナで記入)

振込先

事業所口座  個人口座

銀行

支店

当  
・  
普

口座番号

フリガナ

口座名義人

項目	給付金額	事由確定日	摘要
<input type="checkbox"/> 成人祝金	10,000円	20歳誕生日 年 月 日	H 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 還暦祝金	10,000円	60歳誕生日 年 月 日	S 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 結婚祝金	30,000円	婚姻日 年 月 日	配偶者氏名
<input type="checkbox"/> 結婚記念祝金	<input type="checkbox"/> 25周年 10,000円 <input type="checkbox"/> 35周年 10,000円	婚姻日の <input type="checkbox"/> 25年後 <input type="checkbox"/> 35年後 年 月 日	証明書(戸籍抄本)発行日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 出産祝金	10,000円	出生日 年 月 日	子の氏名
<input type="checkbox"/> 入学祝金	<input type="checkbox"/> 小学校 10,000円 <input type="checkbox"/> 中学校 10,000円	入学日(年のみ記入) 年 4 月 1 日	子の氏名
<input type="checkbox"/> 勤続祝金	<input type="checkbox"/> 10年 5,000円	入社年月日の <input type="checkbox"/> 10年後 <input type="checkbox"/> 15年後 <input type="checkbox"/> 20年後 <input type="checkbox"/> 25年後 <input type="checkbox"/> 30年後 年 月 日	入社年月日  S・H 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 15年 6,000円		
	<input type="checkbox"/> 20年 7,000円		
	<input type="checkbox"/> 25年 10,000円		
	<input type="checkbox"/> 30年 20,000円		
<input type="checkbox"/> 傷病見舞金	<input type="checkbox"/> 14~29日 10,000円	欠勤期間の最終日 年 月 日	欠勤期間 自 年 月 日 至 年 月 日 傷病名 病院名
	<input type="checkbox"/> 30~59日 15,000円		
	<input type="checkbox"/> 60~89日 20,000円		
	<input type="checkbox"/> 90~119日 25,000円		
	<input type="checkbox"/> 120日~ 35,000円		
<input type="checkbox"/> 障害見舞金	重度障害に該当される方のみ 100,000円	認定日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 本人 100,000円	死亡日 年 月 日	死亡者氏名
	<input type="checkbox"/> 配偶者 50,000円		
	<input type="checkbox"/> 子 20,000円		
	<input type="checkbox"/> 父母 10,000円		
	<input type="checkbox"/> 義父母 10,000円		

事務局使用欄		
受付	申請 No.	支給額
		円

FAX不可

## 会員証再発行依頼書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

---

(印)

下記のとおり、再発行を依頼します。

再発行理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難
会員番号	
会員氏名	フリガナ .....
送付先	〒 -  ( 自宅 ・ 事務所 )
連絡先	- -  (※日中連絡が可能な電話番号)

事務局使用欄		
受付	会員証	発送

# 事業所ご紹介カード

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号  -

事業所名 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

下記の事業所を紹介します。

事業所名			
所在地	〒 -		
代表者		TEL	- -
担当者		社員数	名
<p>【紹介内容】</p> <p>1. サービスセンターについての話をしているので、訪問してほしい。</p> <p>2. まずはパンフレットを送付してほしい。</p> <p>3. その他</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

ご協力ありがとうございました。  
KSCまでFAXまたは郵送していただきますよう、お願いいたします。

FAX不可

# 定期健康診断費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

---

(印)

担当者

---

下記のとおり、定期健康診断費用助成金を申請します。

医療機関名	※受診医療機関をすべてご記入ください									
受診日	年 月 日	～	年 月 日							
人数	名									
振込先	銀行 支店 普通・当座									
	口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
フリガナ	.....									
	口座名義	.....								

(注) 個人口座への振込はできません。  
(代表者は除く)

事務局使用欄	
受付	金額
	円

## 定期健康診断受診者名簿

事業所番号			事業所名				
No.	受診者の個人番号	氏 名	受診日	No.	受診者の個人番号	氏 名	受診日
1			/ 21				/
2			/ 22				/
3			/ 23				/
4			/ 24				/
5			/ 25				/
6			/ 26				/
7			/ 27				/
8			/ 28				/
9			/ 29				/
10			/ 30				/
11			/ 31				/
12			/ 32				/
13			/ 33				/
14			/ 34				/
15			/ 35				/
16			/ 36				/
17			/ 37				/
18			/ 38				/
19			/ 39				/
20			/ 40				/

FAX不可

## インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

---

代表者名

---

(印)

担当者

---

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

接種日	年 月 日 ~ 年 月 日								
人数	名								
振込先	銀行 支店 普通・当座								
	口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
フリガナ									
	口座名義								

⑨ 個人口座への振込はできません。  
(代表者は除く)

事務局使用欄	
受付	金額
	円

# インフルエンザ予防接種者名簿

事業所番号		事業所名			
接種者の個人番号	氏 名	接種日	接種者の個人番号	氏 名	接種日
1		/	21		/
2		/	22		/
3		/	23		/
4		/	24		/
5		/	25		/
6		/	26		/
7		/	27		/
8		/	28		/
9		/	29		/
10		/	30		/
11		/	31		/
12		/	32		/
13		/	33		/
14		/	34		/
15		/	35		/
16		/	36		/
17		/	37		/
18		/	38		/
19		/	39		/
20		/	40		/

# MEMO





くるっぴ

久留米市イメージキャラクター



## 公益社団法人 久留米広域勤労者福祉サービスセンター

〒830-0031 久留米市六ツ門町 3-11 くるめりあ六ツ門ビル 6F

TEL.0942-39-7811 FAX.0942-39-7816

受付時間 / 月～土曜日（日・祝日は休み）10:00～18:00

E-mail : kurumesc@city.kurume.fukuoka.jp

<https://kurume.knet-web.net>

KSC久留米

検索