



各種申請用紙

● イベントやチケットの申込書（ニピイホームページからWeb申込ができます。詳しくは51～57ページをご覧ください。）

様式1	イベント申込書	60ページ
様式2	チケット申込書	62ページ
様式3	利用補助券申込書	64ページ
様式4	指定保養施設利用申込書	66ページ

● 給付金・補助金の申込書（ニピイホームページからの申請はできません）

様式5	慶弔給付金請求書	68ページ
様式6	定期健康診断・人間ドック受診料補助金請求書	69ページ
様式7	定期健康診断・人間ドック受診料補助金 対象者名簿	70ページ
様式8	契約医療機関人間ドック受診申込書	71ページ
様式9	スクール受講料補助申込書	72ページ

● 事業所・会員の登録内容について（ニピイホームページからの申請はできません）

様式10	会員入会申込書	73ページ
様式11	退会届	74ページ
様式12	事業所届出内容変更届	75ページ
様式13	会員個人届出内容変更届	76ページ
様式14	会員証再交付申込書	77ページ
紹介カード（事業所・指定店）		78ページ

*各種用紙は、コピーしてご利用ください。

また、ニピイホームページの「申請書ダウンロード」のバナーからもPDFデータをダウンロードできます。

*ご記入される際は、楷書体で、明瞭をお願いいたします。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
1

イベント申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

イベント名	手作りパン教室
希望日時	複数ある場合は第2希望以下もご記入ください 第1希望 5/3、第2希望5/10

お勤めの 事業所名	(株) ○○○	日中ご連絡がとれる電話番号 TEL 025 (111) 1111 *つながらない場合は事業所へおかけする場合があります
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください) 〒 950-1111 新潟市中央区△△△

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

No.	参加者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	学生区分 *いずれかに○	備考
1	(申込代表者名) 新潟 太郎	123450001	本人	35 歳	小 中 高	
2	〃 花子	123450001	妻	32 歳	小 中 高	
3	〃 健	123450001	子	6 歳	小 中 高	
4				歳	小 中 高	
5				歳	小 中 高	
6				歳	小 中 高	
7				歳	小 中 高	
8				歳	小 中 高	
9				歳	小 中 高	
10				歳	小 中 高	

*申込者の個人情報は必要な範囲において主催者等へ提供する場合がありますが、事業実施の目的以外に使用することはありません。
 *チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

コピーを利用できる方

- 会員本人 ●配偶者
- 同居している親
- 同居している22歳までの子 (学生のみ)

本ガイドではコピーを利用できる上記家族を「登録家族」と表示しています

コピーを利用できない方

- 同居していない親 ●23歳以上の子
- 祖父母 ●孫
- 兄弟・姉妹 ●友人
- 働いている子

※一部可能な場合あり

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
1

イベント申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

イベント名	
希望日時	複数ある場合は第2希望以下もご記入ください

お勤めの事業所名	日中ご連絡がとれる電話番号 TEL () <small>*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります</small>
送付先	申込代表者 送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・〇号室まで詳しくご記入ください) 事業所 / 自宅 <small>*どちらかに○</small>

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

No.	参加者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	学生区分 *いずれかに○	備考
1	(申込代表者名)			歳	小 中 高	
2				歳	小 中 高	
3				歳	小 中 高	
4				歳	小 中 高	
5				歳	小 中 高	
6				歳	小 中 高	
7				歳	小 中 高	
8				歳	小 中 高	
9				歳	小 中 高	
10				歳	小 中 高	

*申込者の個人情報は必要な範囲において主催者等へ提供する場合がありますが、事業実施の目的以外に使用することはありません。
 *チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

ニピイを利用できる方

- 会員本人 ●配偶者
- 同居している親
- 同居している22歳までの子 (学生のみ)

ニピイを利用できない方

- 同居していない親 ●23歳以上の子
- 祖父母 ●孫
- 兄弟・姉妹 ●友人
- 働いている子

本ガイドではニピイを利用できる上記家族を「登録家族」と表示しています

※一部可能な場合あり

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
2

チケット申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

会員番号	1 2 3 4 5 0 0 0 1	お勤めの事業所名	日中ご連絡がとれる電話番号 TEL 025 (111) 1111
会員氏名	(申込代表者) 新潟 太郎	(株) ○○○	*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください) 〒950-1111 新潟市中央区△△△	

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

申込枚数と一致する利用者全員の氏名を記入してください。

利用者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	学生区分	備考
新潟 太郎	1 2 3 4 5 0 0 0 1	本人	35 歳	小 中 高 大学	
〃 花子	1 2 3 4 5 0 0 0 1	妻	32 歳	小 中 高 大学	
〃 健	1 2 3 4 5 0 0 0 1	子	6 歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	

*会員料金を購入できる範囲は会員と登録家族のみです(下図「コピーを利用できる方」参照)
 *登録家族以外は一般料金のご案内となります。

記入もれの無いようご注意ください。 *チケットによって、席種・券種など区分があります。

チケット名	公演日・公演時間	会場名	券種	申込枚数
① 親子コンサート	5/15 19:00	りゅーとぴあ	S席	3 枚
②				枚
③				枚
④				枚
⑤				枚

*申込者の個人情報は必要な範囲において販売元へ提供する場合がありますが、事業実施の目的以外に使用することはございません。
 *チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

コピーを利用できる方

- 会員本人 ●配偶者
- 同居している親
- 同居している22歳までの子 (学生のみ)

本ガイドではコピーを利用できる上記家族を「登録家族」と表示しています

コピーを利用できない方

- 同居していない親 ●23歳以上の子
- 祖父母 ●孫
- 兄弟・姉妹 ●友人
- 働いている子

※一部可能な場合あり

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
2

チケット申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

会員番号	<input type="text"/>	お勤めの事業所名	日中ご連絡がとれる電話番号
会員氏名	(申込代表者)		TEL ()
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください)	*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

申込枚数と一致する利用者全員の氏名を記入してください。

利用者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	学生区分	備考
			歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	
			歳	小 中 高 大学	

*会員料金で購入できる範囲は会員と登録家族のみです(下図「ニピイを利用できる方」参照)
 *登録家族以外は一般料金でのご案内となります。

記入もれの無いようご注意ください。 *チケットによって、席種・券種など区分があります。

チケット名	公演日・公演時間	会場名	券種	申込枚数
①				枚
②				枚
③				枚
④				枚
⑤				枚

*申込者の個人情報は必要な範囲において販売元へ提供する場合がありますが、事業実施の目的以外に使用することはございません。
 *チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

ニピイを利用できる方

- 会員本人 ●配偶者
- 同居している親
- 同居している22歳までの子 (学生のみ)

本ガイドではニピイを利用できる上記家族を「登録家族」と表示しています

ニピイを利用できない方

- 同居していない親 ●23歳以上の子
- 祖父母 ●孫
- 兄弟・姉妹 ●友人
- 働いている子

※一部可能な場合あり

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
3

利用補助券申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

会員番号	1 2 3 4 5 0 0 0 1	お勤めの事業所名	日中ご連絡がとれる電話番号 TEL 025 (111) 1111
会員氏名	(申込代表者) 新潟 太郎	(株) ○○○	*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください) 〒 950-1111 新潟市中央区△△△	

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

利用者全員の氏名を記入してください

利用者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	備考
新潟 太郎	1 2 3 4 5 0 0 0 1	本人	35 歳	
〃 花子	1 2 3 4 5 0 0 0 1	妻	32 歳	
			歳	
			歳	
			歳	

注

- プール、体育館、テルサ、マリニピアは実券です。申込み後のキャンセルは、お受けできません。近日中にご使用する分だけお申込みください。
- サントピア、ゴルフは、ご利用予定日の1か月前より、ディズニーは来園予定日の3か月前より受付・発送します。ただし、年度切替のため新年度分の発券は3月からとなります。
- チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

利用施設に○印をつけ枚数を記入してください

●太枠内 に必要事項をご記入ください

施設名	申込数	年度内利用数 *家族数に関係なく	備考
新潟市プール回数券	大人 冊 65歳以上 冊 小人 冊	6冊	振込額 大人¥4,000 65歳以上・小人¥1,700
新潟市体育館回数券	大人 冊 65歳以上 冊 小人 冊	6冊	振込額 大人¥2,000 65歳以上・小人¥ 800
新潟テルサトレーニングセンター回数券	大人 冊	6冊	振込額 大人¥5,000
マリニピア日本海	大人 枚 小人 枚	10枚	振込額 大人¥1,000 小人¥ 500
サントピアワールドフリーキップ利用補助券		10枚	◆利用予定日(必須) 令和 年 月 日 (*利用予定日の1か月前より受付・発送)
ゴルフ場利用補助券	【会員のみ】	本人のみ2枚	◆ゴルフ場名(必須) ◆利用予定日(必須) 令和 年 月 日 (*利用予定日の1か月前より受付・発送)
東京ディズニーリゾートコーポレートプログラム利用券	2	2枚	◆来園予定日(必須) 令和 6 年 8 月 1 日 (*来園予定日の3か月前より受付・発送)

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
3

利用補助券申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

会員番号	<input type="text"/>	お勤めの事業所名	日中ご連絡がとれる電話番号
会員氏名	(申込代表者)		TEL ()
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください)	*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所・ご家族に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

利用者全員の氏名を記入してください

利用者氏名	会員番号	会員との続柄	年齢	備考
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	

注

- プール、体育館、テルサ、マリンピアは実券です。申込み後のキャンセルは、お受けできません。近日中にご使用する分だけお申込みください。
- サントピア、ゴルフは、ご利用予定日の1か月前より、ディズニーは来園予定日の3か月前より受付・発送します。ただし、年度切替のため新年度分の発券は3月からとなります。
- チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

利用施設に○印をつけ枚数を記入してください

●太枠内 に必要事項をご記入ください

施設名	申込数	年度内利用数 *家族数に関係なく	備考
新潟市プール回数券	大人 冊 65歳以上 冊 小人 冊	6冊	振込額 大人¥4,000 65歳以上・小人¥1,700
新潟市体育館回数券	大人 冊 65歳以上 冊 小人 冊	6冊	振込額 大人¥2,000 65歳以上・小人¥ 800
新潟テルサトレーニングセンター回数券	大人 冊	6冊	振込額 大人¥5,000
マリンピア日本海	大人 枚 小人 枚	10枚	振込額 大人¥1,000 小人¥ 500
サントピアワールドフリーキップ利用補助券		10枚	◆利用予定日(必須) 令和 年 月 日 (*利用予定日の1か月前より受付・発送)
ゴルフ場利用補助券	【会員のみ】	本人のみ2枚	◆ゴルフ場名(必須) ◆利用予定日(必須) 令和 年 月 日 (*利用予定日の1か月前より受付・発送)
東京ディズニーリゾートコーポレートプログラム利用券		2枚	◆来園予定日(必須) 令和 年 月 日 (*来園予定日の3か月前より受付・発送)

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
4

指定保養施設利用申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

お勤めの 事業所名	(株) ○○○○	日中ご連絡がとれる電話番号 TEL 025 (111) 1111 <small>*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります</small>
送付先	申込代表者 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 / <input type="checkbox"/> 自宅 <small>*どちらかに○</small>	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・○号室まで詳しくご記入ください) 〒 950-1111 新潟市中央区△△△

*送付先は「申込代表者」の事業所が自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

◆会員本人のみ ◆年度内1会員2泊(2枚)まで

No.	申込者氏名	会員番号									利用枚数(泊数)
1	(申込代表者名) 新潟 太郎	1	2	3	4	5	0	0	0	1	1 枚
2	黒埼 純一	1	2	3	4	5	0	0	0	5	1 枚
3											枚
4											枚
5											枚
6											枚
7											枚
8											枚
9											枚
10											枚

予約区分1又は2に○をつけ、施設名をご記入ください

予約区分	予約施設名	旅行代金支払日
① 指定旅行社を通して 宿泊施設を予約した	旅行社名(ニピイツーリスト)	令和6年6月1日
2 ニピイが契約している 宿泊施設へ直接予約した	宿泊施設名()	

宿泊年月日	令和 6 年 7月 27日 7月 28日	1 泊	請求合計枚数	2 枚
-------	-------------------------	-----	--------	-----

注

- 利用券は1泊につき1枚の利用ができます。日帰りツアーへの適用及び1泊に2枚の適用はできません。
- 利用券は会員本人のみ利用できます。家族や他人への譲渡はできません。
- 利用券は代金支払時に旅行社(宿泊施設)にご提出ください。
- 利用券をご利用になる1か月前より受付(発券)可能となります。(予約金には使用できません)
- チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
4

指定保養施設利用申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

お勤めの 事業所名		日中ご連絡がとれる電話番号 TEL () *つながらない場合は事業所へおかけする場合があります
送付先	申込代表者 事業所 / 自宅 *どちらかに○	送付先住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・〇号室まで詳しくご記入ください) 〒

*送付先は「申込代表者」の事業所か自宅になります。(複数会員での申込の場合は事業所をお選びください。)
 *登録住所に変更がある場合は、「様式13会員個人届出内容変更届」もあわせてFAXしてください。

◆会員本人のみ ◆年度内1会員2泊(2枚)まで

No.	申込者氏名	会員番号	利用枚数(泊数)
1	(申込代表者名)		枚
2			枚
3			枚
4			枚
5			枚
6			枚
7			枚
8			枚
9			枚
10			枚

予約区分1又は2に○をつけ、施設名をご記入ください

予約区分	予約施設名	旅行代金支払日
1 指定旅行社を通して 宿泊施設を予約した	旅行社名()	令和 年 月 日
2 ニピイが契約している 宿泊施設へ直接予約した	宿泊施設名()	

宿泊年月日	令和 年 月 日	泊	請求合計枚数	枚
-------	----------	---	--------	---

- 注**
- 利用券は1泊につき1枚の利用ができます。日帰りツアーへの適用及び1泊に2枚の適用はできません。
 - 利用券は会員本人のみ利用できます。家族や他人への譲渡はできません。
 - 利用券は代金支払時に旅行社(宿泊施設)にご提出ください。
 - 利用券をご利用になる1か月前より受付(発券)可能となります。(予約金には使用できません)
 - チケットは普通郵便で送付します。速達での発送はできませんので余裕をもってお申込みください。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
5

慶弔給付金請求書

令和 6 年 6 月 30 日

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター給付事業規程に基づき、給付金を請求します。

請求金額	2	0	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---	---

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様
 ■下記の給付請求事項について証明します。

会員番号 **1 2 3 4 5 0 0 0 1**

事業所名 (株)〇〇〇

事業所主名 代表取締役社長 柳都一男

株式会社
 〇〇〇代表取締役
 社長之印

会員氏名 新潟太郎

事業所TEL 025 (111) 1111

結婚の場合:旧姓 亀田

本人死亡の場合:代理人名

給付金振込先(1か2に○印。両方に記入がある場合は2の記入を優先します)

- 現在登録してあるサービスセンター会費振替口座(事業所口座)を希望する
- 下記に振込先を指定する(会員事業所もしくは会員本人名義が指定できます)
*郵便局は指定不可(ゆうちょ銀行は可) *記入もれ・誤りのないよう正確に記入 *名義変更がある場合は変更後に申請

金融機関名	ニピイ銀行		銀行コード(1234)	支店名	新潟支店	店番号(123)				
口座種別	①普通	2.当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	*必須 ニイガタ タロウ									
口座名義	新潟 太郎									

ご本人がご記入ください。ご担当者が代筆される場合は、本人の確認を得てからご提出ください。

該当するものに○印をつけて、下記必要事項を記入してください

20歳祝金	生年月日	昭和 平成	年	月	日生(満 歳)
還暦祝金(満60歳)					
★結婚祝金	配偶者氏名(新潟 花子)	入籍日	昭和 平成	6年6月10日	
水晶婚祝金(結婚満15年)	配偶者(昭和 平成)	生年月日	平成	2年1月2日生	
銀婚祝金(結婚満25年)					
出産祝金	子の氏名()	生年月日	平成 令和	年 月 日生	
入学祝金(該当に○をつける) 1.小学校 2.中学校	性別 男 / 女				
勤続祝金(該当に○をつける) 1.10年 2.15年 3.20年 4.25年 5.30年 6.35年 7.40年	入社年月日	平成 昭和	年 月 日		
★傷病見舞金(該当に○をつける) 1.労災による欠勤10日以上 2.労災・疾病による欠勤30日以上	欠勤期間	令和	年 月 日 ~ 年 月 日		
住宅災害見舞金(該当に○をつける) 1.火災等 2.自然災害	災害の種類と損害の程度	発生年月日	令和	年 月 日	
死亡弔慰金(該当に○をつける) 1.会員本人の死亡 2.会員の配偶者の死亡 3.会員同居の親・子の死亡	死亡者氏名 (会員との続柄)	死亡年月日	令和	年 月 日	

- ★結婚祝金については、婚姻届受理証明書または戸籍抄本(写し可)を添付してください。
- ★傷病見舞金については、出勤簿の写し、医師の診断書の写し等の証明書類を添付してください。
 また、労災の場合は労働基準監督署に提出する休業補償給付支給請求書の写しを添付してください。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
5

慶弔給付金請求書

令和 年 月 日

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター給付事業規程に基づき、給付金を請求します。

請求金額										円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

■下記の給付請求事項について証明します。

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名

事業主名

印

会員氏名

事業所TEL

()

(結婚の場合:旧姓 _____)
 (本人死亡の場合:代理人名 _____)

給付金振込先(1か2に○印。両方に記入がある場合は2の記入を優先します)

- 現在登録してあるサービスセンター会費振替口座(事業所口座)を希望する
- 下記に振込先を指定する(会員事業所もしくは会員本人名義が指定できます)
 *郵便局は指定不可(ゆうちょ銀行は可) *記入もれ・誤りのないよう正確に記入 *名義変更がある場合は変更後に申請

金融機関名	銀行コード()		支店名	店番号()			
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号				
フリガナ	*必須						
口座名義							

ご本人がご記入ください。ご担当者が代筆される場合は、本人の確認を得てからご提出ください。

該当するものに○印をつけて、下記必要事項を記入してください

20歳祝金	生年月日	昭和 平成	年	月	日生(満 歳)	
還暦祝金(満60歳)						
★結婚祝金	配偶者氏名()	入籍日	昭和 平成 令和	年	月	日
水晶婚祝金(結婚満15年)	配偶者 生年月日()					
銀婚祝金(結婚満25年)						
出産祝金	子の氏名()	生年月日	平成 令和	年	月	日生
入学祝金(該当に○をつける) 1.小学校 2.中学校	性別 男 / 女					
勤続祝金(該当に○をつける) 1.10年 2.15年 3.20年 4.25年 5.30年 6.35年 7.40年		入社年月日	平成 昭和	年	月	日
★傷病見舞金(該当に○をつける) 1.労災による欠勤10日以上 2.労災・疾病による欠勤30日以上	欠勤期間		令和	年	月	日 ~ 年 月 日
住宅災害見舞金(該当に○をつける) 1.火災等 2.自然災害	災害の種類と損害の程度	発生年月日	令和	年	月	日
死亡弔慰金(該当に○をつける) 1.会員本人の死亡 2.会員の配偶者の死亡 3.会員同居の親・子の死亡	死亡者氏名 (会員との続柄)	死亡年月日	令和	年	月	日

- ★結婚祝金については、婚姻届受理証明書または戸籍抄本(写し可)を添付してください。
- ★傷病見舞金については、出勤簿の写し、医師の診断書の写し等の証明書類を添付してください。
 また、労災の場合は労働基準監督署に提出する休業補償給付支給請求書の写しを添付してください。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
6

定期健康診断・人間ドック 受診料補助金請求書

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

令和 年 月 日

- (内訳) 1,600円× 名 (健康診断)
 5,000円× 名 (人間ドック契約医療機関)
 3,000円× 名 (人間ドック一般医療機関)
 _____円× 名 (支払額が補助金額に満たない場合、支払額を上限とします)

■上記のとおり受診料補助金を請求いたします。
 (公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名	事業所番号	<input type="text"/>
事業主名		
事業所TEL ()	担当者名	

添付書類 (コピー可)	①対象者名簿 (様式7、次ページ掲載) ②医療機関の請求書 (受診内容・人数が明記されたもの) ③医療機関の領収書 (ネットバンキング等の場合は伝送明細の該当箇所)
-------------	--

補助金振込先 *郵便局は指定不可(ゆうちょ銀行は可) *記入もれ・誤りのないよう正確にご記入ください

金融機関名	銀行コード()		支店名	店番号()			
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号				
フリガナ	*必須						
口座名義							

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
7

定期健康診断・人間ドック 受診料補助金 対象者名簿

添付書類①

受診会員名		会員番号				受診区分 ○印 年度内いずれか1回	受診年月日			
①						健診 ドック	令和	年	月	日
②						健診 ドック	令和	年	月	日
③						健診 ドック	令和	年	月	日
④						健診 ドック	令和	年	月	日
⑤						健診 ドック	令和	年	月	日
⑥						健診 ドック	令和	年	月	日
⑦						健診 ドック	令和	年	月	日
⑧						健診 ドック	令和	年	月	日
⑨						健診 ドック	令和	年	月	日
⑩						健診 ドック	令和	年	月	日
⑪						健診 ドック	令和	年	月	日
⑫						健診 ドック	令和	年	月	日
⑬						健診 ドック	令和	年	月	日
⑭						健診 ドック	令和	年	月	日
⑮						健診 ドック	令和	年	月	日
⑯						健診 ドック	令和	年	月	日
⑰						健診 ドック	令和	年	月	日
⑱						健診 ドック	令和	年	月	日
⑳						健診 ドック	令和	年	月	日

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

様式
8

直接医療機関へ提出してください。コピーへ提出の必要はありません。

契約医療機関 人間ドック受診申込書

フリガナ		フリガナ	
事業所名		住 所	
事業所番号	電話番号	FAX番号	事業主氏名
	-	-	担当者氏名

該当する番号に○をつけてください。

医療機関名	1.新潟県労働衛生医学協会 2.新潟県健康管理協会 3.新潟県保健衛生センター 4.新潟県けんこう財団 5.木戸病院健診センター 6.新潟白根総合病院 7.新津医療センター病院 8.済生会新潟病院 9.新潟臨港病院 10.西蒲中央病院 11.新潟南病院
コース名	1.協会けんぽ一般健診+サービスセンターコース 2.日帰り人間ドック

会員受診用 (会員本人のみ、コピー補助適用)

*コース1を受ける場合記入↓

受診年月日	フリガナ	フリガナ	性別	生年月日	健康保険証記号番号
会員番号	氏 名	自 宅 住 所			
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					
令和 年 月 日		〒	男・女	昭 . . 平 (歳)	
-					

**配偶者受診用 (配偶者料金を適用)
 ※コピー補助はご利用になれません**

会員番号	-	会員氏名	
受診年月日	フリガナ	フリガナ	性別
配偶者氏名	自 宅 住 所	生 年 月 日	健康保険証記号番号
令和 年 月 日		〒	男・女
			昭 . . 平 (歳)

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
9

スクール受講料補助申込書

*会員本人が受講した場合のみ請求できます。
 家族が受講した場合は対象となりません。

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

事業所名 _____

日中ご連絡がとれる電話番号

TEL () _____

*つながらない場合は事業所へおかけする場合があります

会員氏名 _____

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

商品券送付先

事業所もしくは本人自宅 (登録と異なる住所へは送付できません)

事業所 / 自宅

住所 (必ず明記ください/マンション名・アパート名・〇号室・〇〇営業所 まで詳しくご記入ください)
 〒 _____

*どちらかに○

●補助額相当の商品券を送付いたします。送付先は正しくご記入ください。

スポーツ&カルチャースクール 受講後、随時ご請求ください。(年度内上限6か月)

スクール名 *施設証明印 必要	受講講座 または教室名	補助の対象となる受講済の期間 (休講期間は対象外)		補助額/月 ②	①×②
		開始	終了		
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	500円	円
		令和 年 月 日	令和 年 月 日	500円	円

大学系スクール 受講後、随時ご請求ください。

スクール名	添付書類	補助の対象となる受講済の期間 (休講期間は対象外)		補助額/単位 ②	①×②
		開始	終了		
放送大学新潟学習センター	領収書の写し *施設証明印 不要	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1,500円	(年度内2単位まで) 円
にいがた市民大学	修了証書の写し *施設証明印 不要	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1,500円	(年度内2講座まで) 円
新潟国際情報大学 社会連携センター	修了証書の写し *施設証明印 必要	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1,500円	(年度内2講座まで) 円

施設証明欄 (施設側にて記入・押印をお願いします。)

受講期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

休講期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

在籍期間中であってもお休みしている期間は対象外です。
 休講期間が含まれる場合は正確にご記入ください。

上記の期間の受講を終了したことを証明いたします。

年 月 日

施設名

印

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
10

会員入会申込書

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名 _____

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

代表者名 _____ 印

事業所TEL _____

事務担当者名 _____

下記の者が、新潟市勤労者福祉サービスセンターへ入会いたします。

*入会は月単位です。書類到着日の翌月1日からの入会となります。

なお、月初の採用等で当月入会を希望の方は、5日(必着)までに提出してください。

入会日	令和	年	月	1日
-----	----	---	---	----

個人番号 (コピー使用欄)				
------------------	--	--	--	--

ご本人がご記入ください。ご担当者が代筆される場合は、本人の確認を得てからご提出ください。

フリガナ									
氏名			入社年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	入籍年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
自宅住所	〒								
TEL	()								
登録家族 (登録できる家族は下のとおりです。)	フリガナ 氏名	本人との続柄	生年月日	摘要					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					
	.....	配・親・子	昭・平・令 年 月 日					

* 個人情報は、コピーのサービスの利用及び共済事務以外には使用しません。

※会員入会申込書はB5サイズです。

登録家族

- 配偶者
- 同居している親
- 同居している22歳までの子(学生のみ)

登録できない方

- 同居していない親
- 祖父
- 兄弟・姉妹
- 働いている子
- 23歳以上の子
- 孫
- 友人

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

二ピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
11

退会届

(公財)新潟市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

事業所TEL _____

事務担当者名 _____

下記のとおり、新潟市勤労者福祉サービスセンターを
 ・一部 退会いたします。 (該当に○を付けてください)
 ・全員 退会いたします。

*この届出は、退職日より5日以内に提出してください。(FAXで受付可/郵送による届出も提出期限は同じ)

*退会の手続は月単位です。書類到着日の月末での退会となります。

ただし、一部会員の退会の場合、5日(必着)までに提出いただければ、前月末退会として処理できます。

*退会者の会員証は翌月末までに郵送でご返却ください。返却できない場合は()に理由をお書きください。

会員番号	フリガナ 会員氏名	退会日	退会理由	会員証回収
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()

※退会届はB5サイズです。

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
12

事業所届出内容変更届

●太枠内 に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名 _____

事業所TEL () _____

事務担当者名 _____

該当する欄に○印をつけてください。

	変更内容	変更前	変更後	備考
<input type="checkbox"/>	事業所名			
<input type="checkbox"/>	所在地	〒	〒	
<input type="checkbox"/>	電話番号	()	()	
<input type="checkbox"/>	FAX番号	()	()	
<input type="checkbox"/>	代表者氏名			
<input type="checkbox"/>	会費引落 金融機関 <input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座名義			

*会費引落口座に関する変更は、別途書類が必要な場合があります。その際はニピイよりご連絡いたします。
 (口座名義のうち、法人代表者氏名の変更のみの場合、お届けは不要です)

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
13

会員個人届出内容変更届

●太枠内 に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員氏名 _____

事業所名 _____

事業所TEL () _____

該当する変更内容欄に○印をつけてください。

	変更内容	変更前	変更後(現状)
	氏名		フリガナ
	住所	〒	〒
	電話番号	()	()
	登録家族 追加・削除にかかわらず、 ご家族全員をお書きください	続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
		続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
		続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
		続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
		続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
		続柄	続柄 昭・平・令 年 月 日生
	理由		

- *登録家族は、会員と配偶者、同居している親・22歳までの子(学生のみ)に限ります。
- *登録家族の変更は、追加・削除にかかわらず現状の家族全員をご記入ください。
- *氏名変更の場合、新しい会員証は事業所の登録住所へ送付します。
 (営業所・支店へ送付希望の場合は別途お申し出ください)

注 注意① コピーしてお使いください
注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
14

会員証再交付申込書

●太枠内 に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員氏名 _____

事業所名 _____

下記事由により会員証の再交付を申し込みます。該当する事由欄に○印をつけてください。

	↓ 事 由	説 明
<input type="checkbox"/>	紛失・破損	
<input type="checkbox"/>	氏名の変更	フリガナ
<input type="checkbox"/>	そ の 他	

- * 紛失・破損による再交付には実費300円をいただきます。
- * 作製までに1週間程度かかります。ご了承ください。
- * 新しい会員証は事業所の登録住所へ送付します。(営業所・支店へ送付希望の場合は別途お申し出ください)

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

紹介カード

●太枠内 に必要事項をご記入ください

令和 年 月 日

紹介者(あなた様)

会員番号	<input type="text"/>	事業所名	<input type="text"/>
お名前	<input type="text"/>	T E L	<input type="text"/>

事業所紹介

事業所名	<input type="text"/>	代表者	<input type="text"/>
所在地	<input type="text"/>	T E L	<input type="text"/>
窓 口 (担当者)	(役職名 <input type="text"/>)	社員数	<input type="text"/>
紹介内容	1 パンフレットの送付を希望 2 電話での説明を希望 3 訪問しての説明を希望 (月 日 時頃)		

指定店紹介

事業所名	<input type="text"/>	代表者名	<input type="text"/>
所在地	<input type="text"/>	担当者名	<input type="text"/>
T E L	<input type="text"/>	F A X	<input type="text"/>
割引内容等	<input type="text"/>		

*ニピイの会員証を提示すると、販売商品等の割引又はサービスの提供をしていただける指定店(施設)を募集しています。