

全 美 連 総 合 福 祉 共 済 制 度 特 別 給 付 金 請 求 書

No. _____

全日本美容業生活衛生同業組合連合会 御中 平成 年 月 日

美容（業）生活衛生同業組合

理事長 _____ 印

下記加入者の「特別給付金」の請求事由が発生いたしましたので、ご請求申し上げます。

給 付 内 容	日数・口数	請 求 金 額
1. 配偶者死亡弔慰金 (3万円)		円
2. 子供死亡弔慰金 (3万円)		円
3. 入院療養見舞金 (2万円) 継続 5～29 日以下入院 (5万円) 継続 30 日以上入院	日	円
	日	円
4. 結婚祝金 (1口 2万円～5口 10万円)	口	円
5. 第一子誕生祝金 (1口 2万円～5口 10万円)	口	円
6. 子供誕生祝金 (2万円)		円
7. 銀婚祝金 (2万円)		円
8. 金婚祝金 (5万円)		円
9. 還暦祝金 (1万円)		円
10. 古希祝金 (1万円)		円
11. 長寿祝金 (10万円)		円
12. 人間ドック補助金 (1万円)		円
合計		円

※給付内容の番号を○で囲んでください。

個人情報の取扱いについて —全美連からのお知らせ—

全日本美容業生活衛生同業組合連合会（以下、全美連）は、特別給付金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、個人情報）を、本制度の事務手続きのため使用します。また、全美連は受領した個人情報を、当共済制度の事務を円滑に行うために必要な範囲内で、各都道府県美容組合ならびに傘下支部に提供する場合があります。

（注）全美連は、上記の個人情報に関する取扱いに同意いただけない場合、特別給付金のお支払い手続きはできません。

加 入 者 の 内 訳			
支 部 名	支 部	事 業 所 名	
支部番号	No.	事 業 所 所 在 地	〒
上記「個人情報の取扱いについて」の記載内容を承知し同意します。戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報が「個人情報の取扱いについて」と同様に取扱われることについて同意を取得しました。 ↓		電 話 番 号	()
		生 年 月 日	年 月 日
フリガナ		区 分 ・ 口 数	A ・ B ・ C ・ D ・ E 口
加入者名		掛 金 合 計	円
加入者番号	No.	増 ・ 減 額 日	年 月 1 日 (口 → 口)
加入年月日	年 月 1 日	事 由 発 生 日	年 月 日
添付書類 (コピー可) ※コピーの場合は、加入者本人の署名・捺印が必要です。	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (5. 第一子誕生祝金) <input type="checkbox"/> 戸籍謄 (抄) 本 (1. 配偶者死亡弔慰金 2. 子供死亡弔慰金 4. 結婚祝金 6. 子供誕生祝金 7. 銀婚祝金 8. 金婚祝金) <input type="checkbox"/> 住民票 (9. 還暦祝金 10. 古希祝金 11. 長寿祝金) <input type="checkbox"/> 入院証明書、診断書 (3. 入院療養見舞金) <input type="checkbox"/> 人間ドック受診領収証 (12. 人間ドック補助金) <input type="checkbox"/> その他、事由を証明できるもの ()		

連 合 会			
理 事 長	事 務 局 長	次 長	部 長
課 長	主 任	係	受 付

組 合		
支 部 長 印	係 印	理 事 長 印