

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 令和 年 月 日
埼玉県 美容(業)生活衛生同業組合

理事長 高野 春夫 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 | 円 |
| | (5万円) 継続30日以上入院 | 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)※1万未満の場合実費 | | 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)、特別給付金請求に伴って、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 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電話番号ついて」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 | () |
| | | ※加入者生年月日 | 年 月 日 |
| ※請求日(記入日) | 令和 年 月 日 | 区 分 ・ 口 数 | Y ・ A ・ B ・ C ・ D ・ E 口 |
| 事由発生日以降に記入 | | 掛 金 合 計 | 円 |
| フリガナ | | 増・減額日 | 年 月 1日(口→ 口) |
| ※加入者名 | | 加入年月日 | 年 月 1日 |
| 加入者番号 | No. | 事由発生日 | 年 月 日 |
| 添 付 書 類 (コ ピ ー 可) | 口戸籍謄本(抄)本(1. 配偶者死亡慰金 2. 子供死亡慰金 4. 結婚祝金 6. 子供誕生祝金 7. 銀婚祝金 8. 金婚祝金) 口入院証明書、診断書、領収証(3. 入院療養見舞金)口戸籍謄本(5. 第一子誕生祝金) 口住民票(9. 還暦祝金 10. 古希祝金 11. 長寿祝金)人間ドック、健康診断等受診領収証(12. 人間ドック補助金) 口その他、事由を証明できるもの() | | |

※太枠内は加入者本人が必ずご記入下さい。

| 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 |
| | | |