

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	_____	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	() _____
		*加入者生年月日	年 月 日
*請求日 (記入日)	平成 年 月 日	*押印欄	区分・口数 Y・A・B・C・D・E 口
事由発生日後		印	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)	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(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"/> 入院証明書、診断書、領収書 (3. 入院療養見舞金) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (5. 第一子誕生祝金) <input type="checkbox"/> 住民票 (9. 還暦祝金 10. 古希祝金 11. 長寿祝金) <input type="checkbox"/> 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 ()		

※太枠内は加入者本人が必ず自署・捺印下さい。

連 合 会				組 合		
理事長	事務局長	次 長	部 長	支部長印	係 印	理事長印
課 長	主 任	係	受 付			