

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

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）
5. 第一子誕生祝金（1口2万円～5口10万円）
6. 子供誕生祝金（2万円）
7. 銀婚祝金（2万円）

請求日（記入日）は、必ず
事由発生日以降の日を記入
 してください。加入者名及
 びフリガナを記入してくだ
 さい。

事業者名・事業所所在地・電話
 番号・加入者生年月日（和暦）
 を記入してください。

一 全美連から
 の請求に伴って、本帳簿に記載された個人情報（以下、個人情報
 個人情報）を、当共済制度の事務処理を行うために必要な範囲内で、各都道府
 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。

の 内 訳	
支部番号 上記「個人情報について」の記載内容を承知し同意します。戸籍謄本等記載者の個人情報が「個人情報の取扱いについて」と同様に扱われることについて同意を取得しました。	事業所名 事業所所在地 電話番号 () ※加入者生年月日 年 月 日
※請求日（記入日） 事由発生日以降に記入 年 月 日	区分・口数 Y・A・B・C・D・E 口 掛金合計 円 増・減額日 年 月1日（口→口） 加入年月日 年 月 1 日
フリガナ ※加入者名	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、領収証（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、健康診断等受診領収証（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				組 合		
理事長	事務局長	政策推進室長	部 長	支部長印	係 印	理事長印
係 長	主 任	係	受 付	2021.12		

※太枠内は加入者本人が必ずご記入下さい。