請求するものに〇をつけてください

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	日	円
	（5万円）継続30日以上入院	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）※1万円未満の場合実費			円
		合計	円

※給付内容の番号を〇で囲んでください。

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	（　）
		※加入者生年月日	年　月　日
※請求日（記入日） ※事由発生日後	年　月　日	※押印欄	区分・口数　Y・A・B・C・D・E　口
			掛金合計　円
フリガナ		印	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）	□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） □入院証明書、診断書、領収書（3.入院療養見舞金）　□戸籍謄本（5.第一子誕生祝金） □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） □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	総務課長兼室長	部長	支部長印	係印	理事長印
係	任	係	受付			

2019.2

記入日
事由発生日より前は不可

誕生日です。
加入者本人が記入してください。

加入者本人が記入してください。太枠内訂正の際は、＝線を引き、印鑑又は加入者のサインで訂正してください。

支部長（地区長）印

※8.還暦祝金　9.古希祝金　10.長寿祝金
は住民票の他、運転免許証・健康保険証等でも可。