

美容共済（組合員共済互助会）申込書

No. _____

宮崎県美容業生活衛生同業組合
理事長 山川 浩 殿

令和 年 月 日

美容共済契約者（組合員）

〒 _____ 番 _____ 号 _____ 号

住 所 _____

店 名 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

携帯電話 _____

組合員共済互助会規定を承認の上、下記の通り申込みます。

共 済 会 費	年額 6,000円一括払	互助会加入日	年 月 日
---------	--------------	--------	-------

互助目的の所在地	_____
----------	-------

災害見舞事項

災害互助の 指定物件	店舗・住宅	木造・鉄筋 鉄骨・石造	_____	平方メートル	店舗と住宅が別の場合は、何れか一つを指定物件とし ○印を付す同一の場合は両方に付す			
	設備機材一式・家具計器備品一式	建物の所有状況	店舗	自家・貸家	住宅	自家・貸家		
建物又は、収容品に対する 他の保険契約	有・無	周囲の状況	商店街・住宅街・その他()					

死亡及病氣・事故

美容共済加入者(組合員)及びそれと生計を共にする(同居者)一親等(配偶者・親子)の欄

氏 名	性 別	生年月日	共済加入者 との関係	給付明細				
				受給者氏名	給付内容	年月日	期間	給付日/給付額
	男	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	女	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	男	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	女	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	男	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	女	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	男	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
	女	明・大・昭・平・令 年 月 日			病氣、入院 死亡、災害 廃業、引退 解約、()	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日

共済金受取人	第1順位	続柄	第2順位	続柄	第3順位	続柄
--------	------	----	------	----	------	----

上記申込書並びに告知事項の記載は、事実と相違ないことを誓約致します。