

組合員共済互助会

 弔慰
 災災
 見見
 慰舞
 勞金

給付金申請書

該当事項に○印をつけて下さい。

申 請 人	会 員 氏 名									
	美 容 室 名									
	住 所									
	疾 見 舞 病 金	疾病者氏名		会員との続柄		本人 配偶者 親子				
支 部 長 確 認 事 項		入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)							
		疾 病 名	病 気		事 故					
		入 院 先								
災 見 舞 害 金	災 害 物 件		物件の所在地							
	罹 災 年 月 日		年 月 日		罹 災 条 件					
	被 災 の 状 況		全 焼	半 焼	一 部 焼	全 壊	半 壊	一 部 壊	床 上 浸 水	A 級 B 級 C 級
	添 付 書 類									
入 欄	死 亡 者 氏 名		会員との続柄		本人 配偶者 親子					
	死 弔 慰 金 確 認 事 項	死 亡 年 月 日	年 月 日							
		原 因	病 気 ・ 事 故							
		添 付 書 類	ハ ガ キ							
廃 業 ・ 引 退		保健所の廃止届け添付 引退については廃止届と後継者の確認書								
		廃 業 ・ 引 退 年 月 日	年 月 日							
上記の通り給付の申請を致します。 年 月 日 宮崎県美容業生活衛生同業組合理事長 殿 〒 - ㊦ 住所 _____ 申請人 店名 _____ 氏名 _____ (印)										
支 記 部 入 長 欄		上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日 支部名 (支部) 支部長氏名 _____ (印)								
※ 共 記 済 互 助 会 欄	支 払 月 日	年 月 日		金 額	円	支 払 方 法				
	審 査 事 項		1、 組合加入		年 月 日					
	申 請 給 付 確 認		2、 共済互助会加入		年 月 日					
	年 月 日		3、 会員(生年月日)		年 月 日					
備 考				会 長	経 理	係				
※印欄は、組合互助会担当記入										