

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
 三重県 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	円
	(5万円) 継続 30 日以上入院	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○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 ※太枠内は加入者本人が必ずご記入下さい。

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）	年 月 日	区分・口数	Y・A・B・C・D・E 口
事由発生日以降に記入		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（ ）		

※こちらも忘れず記入をお願いします！

特別給付金振込先		連 合 会				組 合		
銀行/信金/ゆうちょ	本・支店名	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
銀行・信金	本店・支店							
ゆうちょ	店名 店番							
口座種別・番号	口座名義人	係 長	主 任	係	受 付			
普通・当座	※カタカナで記入してください							
No.								