

全美連総合福祉共済制度 特別給付金請求書【入院1日～4日用】

年 月 日

三重県美容業生活衛生同業組合 御中

下記加入者の特別給付金の請求事由が発生しましたので、ご請求申し上げます。

給付内容			請求金額		
入院療養見舞金（1日～4日以下） ※5日以上入院は全美連の請求書で申請してください			10,000 円		
加入者の内訳					
支部名		事業所名			
支部番号		事業所所在地			
加入者番号	No.	電話番号		()	
☞ 太枠線内は加入者本人が必ずご記入ください。		加入年月日		年 月 1 日	
請求日(記入日) 事由発生日以降に記入	年 月 日	事由発生日		年 月 日	
フリガナ		加入者氏名			
加入者生年月日	年 月 日	添付書類 (コピー可)		<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 診断書	
特別給付金 振込先 ※必ず記入して下さい	銀行/信金/ゆうちょ		本・支店名		
	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		
	普通・当座 No.		※カタカナで記入してください		