

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

令和 年 月 日

新潟県美容業生活衛生同業組合

理事長 竹内 聖二 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。

給付項目	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○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の続きができません。

加入者の内訳

支 部 名	支 部	事 業 所 名	
支 部 番 号	No.	事 業 所 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	- -
		生 年 月 日	年 月 日
※請求日 (記入日) 事由発生日後	令和 年 月 日	※押印欄	区 分 ・ 口 数
フリガナ	印		掛 金 合 計
※加入者名		増 ・ 減 額 日	年 月 1 日 (口 → 口)
加入者番号	No.		加 入 年 月 日
			事 由 発 生 日
添付書類 (コピー可)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 入院証明書、診断書、領収書 (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 ()		

※太枠内は加入者本人が必ず自署・捺印下さい。

連 合 会			
理 事 長	事 務 局 長	政 策 推 進 室 室 長	部 長
課 長	主 任	係	受 付

組 合		
支 部 長 印	係 印	理 事 長 印
		2019.2