

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 平成 年 月 日

_____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 (5万円) 継続30日以上入院 | 日 | 円 |
| | 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) | | 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 | | | |
|---|--|----------|----------------------|
| 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) | 平成 年 月 日 | *押印欄 | 区分・口数 Y・A・B・C・D・E 口 |
| 事由発生日後 | | 印 | 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 | | | | 組 合 | | |
|-------|------|-----|-----|------|-----|------|
| 理事長 | 事務局長 | 次 長 | 部 長 | 支部長印 | 係 印 | 理事長印 |
| | | | | | | |
| 課 長 | 主 任 | 係 | 受 付 | | | |
| | | | | | | |