

全美連総合福祉共済制度 特別給付金請求書

全日本美容業生活衛生同業組合連合会 御中

No. _____
年 月 日

茨城県 美容（業）生活衛生同業組合

理事長 志村 勝美 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) ※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ことがあります。

（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。 <div style="text-align: center;">↓</div> | | 電話番号 | () |
| | | *加入者生年月日 | 年 月 日 |
| *請求日（記入日） 事由発生日以降に記入 | 年 月 日 | 区分・口数 | Y・A・B・C・D・E 口 |
| フリガナ | | 掛金合計 | 円 |
| *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 | 年 月 1 日 |
| | | 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 () | | |

※太枠内は加入者本人が必ずご記入下さい。

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

| 組 合 | | |
|---------|-----|---------|
| 支 部 長 印 | 係 印 | 理 事 長 印 |
| | | |

2021.12