

理事長	副理事長	経理部長	担当部長	担当

(様式1)

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 様

支 部 名

支 部 長 名

㊟

## 共済会給付金申請書

※ 給付内容の番号を○で囲んで下さい。

給付内容	給付金額	添付書類
① 火災見舞金	100,000円以内	罹災証明書・被害状況がわかる写真
② 災害見舞金	100,000円以内	罹災証明書・被害状況がわかる写真
③ 死亡弔慰金	70,000円	除籍謄本(コピー可) (お亡くなりになった方と申請者の関係性が分かるもの)
④ 配偶者死亡弔慰金	30,000円	除籍謄本(コピー可)
⑤ 傷病見舞金 (7日以上入院)	20,000円	受領書や入院証明書など、入院期間の記されている 病院発行書類のコピー

  

全給付共通	組合員氏名	㊟	共済No.	
	店舗名			
	店舗住所	〒 - -	TEL	- -
	事由発生日	年	月	日
⑤	病名			
	病院名			
	入院期間	年	月	日 ~ 年 月 日
	現況			
③	死亡弔慰金申請者氏名	㊟	続柄	
④	配偶者氏名	※ 配偶者死亡弔慰金ご請求の場合はご記入下さい。		
全給付共通	振込口座 (組合員名)	金融機関名	支店名	預金種目
				普通 ・ 当座
		フリガナ		口座番号(右づめで記入)
		預金者名 (組合員名)		
		※ ゆうちょ銀行ご指定の場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号をご記入ください。		

(2019.5.1)