

# 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  
 \_\_\_\_\_ 福岡県 \_\_\_\_\_ 美容（業）生活衛生同業組合

理事長 安森 民樹 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
支 部 番 号	No.
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。	
事業所名	事業所所在地
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
フリガナ	区分・口数 Y・A・B・C・D・E 口
*加入者名	掛金合計 円
加入者番号	No.
添付書類 (コピー可)	増・減額日 年 月 1日 ( 口→ 口 )
	加入年月日 年 月 1 日
	事由発生日 年 月 日
<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（ ）	

青枠内ご記入願います。  
訂正は、押印又はサインをお願い致します。

※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