

# 総合共助会給付金交付申請書

令和 年 月 日

栃木県美容業生活衛生同業組合  
理事長 黒子和夫 殿

規定第4条(1)死亡給付(2)店舗災害給付(3)本人傷病給付 に依る交付申請を致します。

支部・班	支部	班	美容室名	
加入者名		⑩	給付金額	¥5,000-
店舗所在地	〒		電話番号	
該当者氏名		男・女	続柄	本人
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 歳	事由	傷病
入院期間	年 月 日～	年 月 日	日間	
受取人氏名※		⑩	加入者との続柄 ( )	

※ 受取人氏名は本人死亡の場合のみご記入ください。

◎注 契約者死亡の場合の申請者は、配偶者又は直近親族とする。

上記申請条項に相違ない事を証明します。 支部長

印

給付金の受取方法 [どちらかに○をつけてください]

- 振込 (必ず下記に口座をご記入ください。手数料は共助会負担です)
- 現金 (組合に取りに来ていただきます)

金融機関名		支店名	
口座種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			

検 印	理事長	副理事長	常務理事		