

共済会 会員死亡給付金請求書

※1(給付金額) 100,000 円

所属支部	支部	共済番号	第 号
会員氏名		生年月日	年 月 日
美容室名		TEL	
美容室住所	〒		
病名			
死亡年月日		死亡場所 (病院名)	
添付書類	※2 <input type="checkbox"/> 除籍抄本 } どちらか1通を添付 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 } (コピー可)		
請求者氏名	印	続柄	
請求者 連絡先	〒 TEL:		

※1 共済会見舞金制度規定第10、11、12条の規定により給付金額が変更になる場合があります

※2 該当箇所の口欄にチェックしてください

※ 本請求書は各支部長を経由してご提出ください

上記のとおり相違ないことを証明します

平成 年 月 日

三重県美容組合

支部

支部長

印