

共済会入院見舞金給付申請書

静岡県美容共済会様

支 部 名	
住 所	
美 容 所 名	
氏 名	
生 年 月 日	大昭平 年 月 日 (歳)
県内における同一 事業主の本支店	有 (店・支部名) ・無
病 名 (任意記入)	
入院先病院名	
同 電 話 番 号	市外番号 < > -
入 院 期 間	入院日 年 月 日 () 日間 退院日 年 月 日

申請日 年 月 日

上記により入院見舞金給付の申請をします。

申請者

支部名

支部長名

印

入	1. 美容共済会
力	2. 認定委員会

※ 共 済 会	共済会加入年月日 (年 月 日)	
	1. 入院5日以上適・否	