

第6号様式

組合員・共済会家族従業員 死亡給付金申請書

静岡県美容共済会様

共済会加入の有無	(<input type="radio"/> 加入 <input type="radio"/> 未加入) <small>いずれかにレ点をお願いします</small>
支 部 名	
住 所	
美 容 所 名	
氏 名	<small>死亡者の氏名を記入</small>
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
県内における同一の 事業主の本支店	<input type="radio"/> 有り(店・支部名) <input type="radio"/> 無し
死亡年月日	年 月 日

年 月 日

上記により死亡給付金の申請をします。

申請者

印

支部長名

印

以下、組合記入欄

組合 入力	1. 共済会加入 2. 共済会未加入 3. 事業者台帳修正
----------	-------------------------------------

※共 済会 記 録	共済会加入年月日(年 月 日)	給付額
	1. 共済会未加入 2. 加入1年以上～5年未満 3. 加入5年以上 4. 長寿祝金の給付	