

令和 年 月 日

見舞金 受給資格発生報告書兼請求書

埼玉県理容生活衛生同業組合
理事長 若山 有様

| | |
|------------------|---|
| 請求者 | 住所 |
| | 氏名 ㊟ |
| 対象者 (組合員・配偶者) | 氏名 |

下記のとおり、病気・災害・事故・怪我の状況を報告すると共に見舞金を請求致します。

記

| 事項 | 期間 | 内容 |
|-----------------|---|----|
| 病気 | 20日以上入院・入所(1年度1回10,000円) 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 災害 (風水害・落雷等) | 休業(1日5,000円5日間が限度) 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 事故 (車の飛込み等) | 5日以上休業(1年度1回10,000円) 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 怪我 | 20日以上営業不可能(1年度1回10,000円) 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

※添付書類として事実を証明できる書類又は写真。

見舞金振込口座

| | | | |
|-------------|-------|------|-------------|
| 銀行・信金・信組・農協 | 本店・支店 | 口座番号 | 口座名義人(ふりがな) |
| | | 普通 | |

※郵便局への振込みは不可

※対象者と預金者名義が異なる場合は、下記に理由をご記入下さい。

理由

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

支 部 _____

支 部 長 _____ ㊟