

# 組合名義変更届 兼 共助会慰労金・弔慰金請求書

令和 年 月 日

埼玉県理容生活衛生同業組合 理事長 若山 有様

..... 支部 支部長 ..... (印)

組合名義変更	前名義人		新名義人		
	住 所		住 所		
	ふりがな氏名		ふりがな氏名	(印)	
	生年月日	大昭平 年 月 日	生年月日	大昭平 年 月 日	
	出資証券	第 号	前名義人との続柄	( )	
	理容店名		理容店名		
	理容店所在地		理容店所在地		
	電話番号		電話番号		
	出資証券 1.有 2.無 (紛失の場合別途再交付申請書を提出する)				
	名義変更理由 1.譲渡(理由 ) 2.死亡				

共助会 <small>(該当する番号を○で囲んで下さい)</small>	共助会加入日		昭和・平成 年 月 日	加入期間( 年)	
	① 譲渡 ・慰労金	受給資格条件	共助会加入 * 20年以上 15万円(一律)		
		受給資格者	* 前名義人		
	② 死亡 ・弔慰金	受給資格条件	共助会加入 * 10年まで 3万円 * 30年まで 10万円 * 20年まで 7万円 * 30年以上 15万円		
		請求者名	・死亡者との続柄 配偶者・子・他( )		
	③ 該当なし	慰労金も弔慰金も該当いたしません			
受取方法	銀行・信金・信組・農協	本店・支店	口座番号		
* 慰労金もしくは弔慰金に該当する場合のみご記入下さい	普通				
* 慰労金(受給資格者)もしくは弔慰金(請求者)と受取口座名が異なる場合にご記入下さい					
(フリガナ) 口座名義人					

新名義人	理容師免許取得日	昭・平 年 月 日	番号	厚生・都・道・府・県 第 号
	管理理容師取得日	昭・平 年 月 日	番号	厚生・都・道・府・県 第 号

..... 事務所記入欄 ..... (印)

共済	賠償	No.	その他
	火災	No.	営業約款

※添付書類 ・ 保健所変更後確認済書のコピー ・ 名義変更手数料 500円 ・ 前名義人の出資証券  
 ・ 弔慰金(共助会)請求の場合は公的機関による死亡が確認できるもの1通(コピー可)

理事長	副理事長	副理事長	共済部長	事務局長	総務	経理	共済