

平成 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 白岩一雄様

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。

平成 年 月 日

支 部 _____

支 部 長 _____