

金沢支部理容師共済会 加入申込書

店舗名 _____

店舗住所 _____

自宅住所 _____

氏 名 _____ 男・女 昭和 年 月 日生

組合員名 _____ 組合員との続柄 _____

告知義務 _____ 健康である・病気（怪我）罹患中または療養中
(備考 _____)

理容師共済会に加入したいので、第1回掛金と加入金を添えて申し込みします。

平成 年 月 日

加入申込者氏名 _____ ⑩

金沢支部理容師共済会 会長 殿

異 動 通 知 書

金沢支部	部	異動発生日	平成	年	月	日
------	---	-------	----	---	---	---

平成 年 月 日

地区共済委員 _____ ㊟

加入番号	氏 名	生 年 月 日	捺 印
		昭和 年 月 日 平成	

該当する異動事由の番号を○印で囲み、異動内容をご記入下さい。

1	理容師共済会を脱退します。					
2	生年月日の 訂正	昭和 年 月 日 平成	を	昭和 年 月 日 平成		
3	加入者氏名 改姓・訂正	(カカ) 姓	名	を	(カカ) 姓	名
4	その他					

理容師共済会 継続加入申請書

金沢 支部 部 No. _____

氏 名 _____ ⑩

(昭和 年 月 日生)

上記 理容師共済会加入者は、満 70 歳にて、平成 年 月 日付自然脱退となり、理容師共済会の会員資格が無くなる者ですが、理容店後継者が無しにつき、理容師共済会継続加入の申請がありましたので、許可下さいますようお願い致します。

(注：理容師共済会規約第 8 条：加入の継続は満 70 歳までとし、満 70 歳を過ぎた者は自然脱退とする。

第 8 条の 2：後継者がいない営業主に限り、加入者本人の希望によりそのまま継続加入することができる。)

金沢支部理容師共済会 会長 殿

平成 年 月 日

金沢 支部 部

共済委員 _____ ⑩

金沢支部理容師共済会

決	組合理事長	共 済 会		組合係
		会 長	会計担当	
済				

共 済 金 請 求 書

金沢支部理容師共済会 会長 殿

平成 年 月 日

下記のとおり共済金を請求いたします。

部 共済委員 ㊟

支 払 区 分	医療入院	
	医療通院	
	看護見舞	
	火 災	

支 部	金 沢	部		会員証番号 —
住 所	〒			
氏 名	男・女 昭 年 月 日 生 才 ㊟			

* 支払決定共済金額

<u>一 金.</u> 円也	(参考) 入院・通院 (日 - 免責 日)
----------------	---------------------------

傷 病 名	
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日
事 由 発 生 期 間	自：平成 年 月 日 至：平成 年 月 日 (計 日間)
病 院 名	
転院した場合の病院名	
共済会加入患者氏名 (看護休業の場合)	
請求者が業務に服しなかった期間 (看護休業の場合)	自： 年 月 日 至： 年 月 日 (計 日間)
火災発生の年月日時 (火災の場合)	年 月 日 午前・午後 時
支払決定上の参考事項	

決 済	組合理事長	共 済 会		組 合 係
		会 長	会 計 担 当	

共済会脱会餞別申請書

金沢支部理容師共済会 会長 殿

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

部 共済委員

㊟

脱 会 区 分		自然脱退・廃業脱退（廃業年月日：平成 年 月 日）
申 請 者	会 員 番 号	金 沢 支 部 部 号
	氏 名	㊟
	住 所	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日（満 才）
加 入 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 年 月
脱 会 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 年 月
給 付 金 額		<u>一 金 . 円也</u>
会 費 納 入 最 終 月		平 成 年 月 分 まで 納 入 済
備 考		

決	組合理事長	共 済 会		組合係
		会 長	会計担当	
済				

会員死亡弔慰金申請書

金沢支部理容師共済会 会長

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

部 共済委員

㊟

該当する(死亡)会員	会員番号	金 沢 支 部 部 号		
	氏 名			
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	(満 才)
	死亡原因		死亡年月日	年 月 日
申請者	会員との続柄			
	住 所	〒		
	氏 名	㊟		
給付金額	<u>一 金 . 円 也</u>			
会費納入最終月	平成 年 月分まで納入済			
備 考				

* 添付書類：死亡診断書 1 通