

## 加賀支部理容師共済会 加入申込書

店舗名 \_\_\_\_\_

店舗住所 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

加入申込者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

加賀支部理容師共済会

会 長 \_\_\_\_\_ 殿

## 異 動 通 知 書

加賀支部	地区	異動発生日	令和 年 月 日
------	----	-------	----------

令和 年 月 日

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

加賀 支部 \_\_\_\_\_ 地区 No. \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

( 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生 )

上記 理容師共済会加入者は、満 70 歳にて、令和 \_\_\_\_\_ 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。)

加賀支部理容師共済会  
会 長

殿

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

加賀 支部 \_\_\_\_\_ 地区

共済委員 \_\_\_\_\_ (印)

加賀支部理容師共済会

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

加賀支部理容師共済会  
会 長

殿

令和 年 月 日

下記のとおり共済金を請求いたします。

地区共済委員 \_\_\_\_\_ ㊟

支 払 区 分	医療入院	
	医療通院	
	看護見舞	
	火 災	

支 部	加 賀	地 区		会員証番号 —
住 所	〒			
氏 名	男・女 昭・平 年 月 日生 ( ㊟ 才)			

\* 支払決定共済金額

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

傷 病 名	
発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日
事 由 発 生 期 間	自：平成・令和 年 月 日 至：平成・令和 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：平成・令和 年 月 日 至：平成・令和 年 月 日 ( 計 日間)
火災発生の年月日時 (火災の場合)	平成・令和 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

加賀支部理容師共済会  
会 長

殿

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

地区共済委員

⑩

脱 会 区 分	自然脱退・廃業脱退（廃業年月日：令和 年 月 日）		
申 請 者	会 員 番 号	加 賀 支 部	地 区 号
	氏 名	⑩	
	住 所		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（満 才）	
加 入 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月		
脱 会 年 月 日	平 成 ・ 令 和 年 月		
給 付 金 額	<u>一 金 . _____ 円也</u>		
会 費 納 入 最 終 月	令 和 年 月 分 まで 納 入 済		
備 考			

決 済	組合理事長	共 済 会		組 合 係
		会 長	会 計 担 当	

## 会員死亡弔慰金申請書

加賀支部理容師共済会

会 長

殿

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

地区共済委員

⑩

該 当 す る ( 死 亡 ) 会 員	会員番号	加 賀 支 部 地 区 号		
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)		
	死亡原因	死亡年月日	令和 年 月 日	
申 請 者	会員との続柄			
	住 所	〒 ー		
	氏 名	⑩		
給 付 金 額	<u>一 金 . 円 也</u>			
会 費 納 入 最 終 月	令和 年 月分まで納入済			
備 考				

\* 添付書類：死亡診断書 1 通