

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	(かか) 姓	名	を	(かか) 姓	名
4	その他					

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。

部 共済委員 ㊟

支払区分	医療入院	
	医療休業	
	火 災	

支 部	加 賀	地区		会員番号
住 所	〒			
氏 名	男・女 昭・平 年 月 日生 ㊟			

* 支払決定共済金額

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

傷 病 名	
発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
事 由 発 生 期 間	自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (計 日間)
病 院 名	
転院した場合の病院名	
火災発生の年月日時 (火災の場合)	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	

廃業脱会餞別申請書

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

㊟

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	㊟
	住所	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満才)
加入年月日	昭和・平成・令和 年 月	
脱会年月日	令和 年 月 1 日	
給付金額	<u>一金.</u> 円也	
会費納入最終月	令和 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

加賀支部理容師共済会 会長

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

地区 共済委員

㊟

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	㊟		
給 付 金 額	<u>一 金. 50,000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（コピー）1通