

理事長	係

互助会給付金申請書
(弔慰金・就業不能見舞金・脱退慰労金)

H18. 5. 1 改正

年 月 日

山口県理容生活衛生同業組合

理事長 殿

住所 _____

申請者 _____ 印

この度、下記の事由により、互助会細則第7条・第8条・第11条による給付を申請いたします。

※ 必要な番号を○で囲んでください。

1. 弔 慰 金

- (1) 会員の死亡 100,000 円 (香典・花輪代含む)
(2) 配偶者の死亡 40,000 円 (香典・花輪代含む)
(3) 一親等の親族(同居家族のみ)の死亡 10,000 円 (香典含む)

(会 員) 死亡者氏名	死亡年月日	年齢	
	令和 年 月 日		
(配 偶 者) 死亡者氏名	死亡年月日	年齢	
	令和 年 月 日		
(一 親 等 の 親 族) 死亡者氏名	続柄	死亡年月日	年齢
		令和 年 月 日	

2. 就業不能見舞金(継続して30日以上) 10,000 円

会員氏名	就業不能期間	傷病名
	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで	

3. 脱退慰労金 20,000 円

- (1) 組合員歴30年以上の廃業脱退
(2) 組合員歴40年以上の名義変更による脱退

会員氏名	1 廃業 2 名義変更 年月日	組合加入(名義変更) 年月日	組合員歴
(才)	令和 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	年

支部名 _____

支部長名 _____ 印