本紙はコピー又は、HP (見舞金制度) よりダウン ロードしてお使い下さい

記入のしかた

- (1)申請する給付区分コードの()に○印を付けてください。例:会員死亡101(○)(2)給付申請者は、すべての申請に対して組合員・会員本人とします。(3)スムーズに給付が出来るように添付書類をご確認ください。(4)年令は、事由発生時点で記載してください。※組合長・委員長の捺印を忘れないようにお願いします。

「UAゼンセン見舞金制度」給付申請書

【 組合員給付適用区分 】						【旧友の会会	員・福祉共済 [®]	会会員給	付適用	月区分】
(1))死			(単位:円)		(1) 死亡 申請内容		(単位:円) 給付区分 給付額		
申請内容 会員死亡			給付区分 101()		会員死亡	201(×分 i	給付額 20,000		
配偶者死亡			113 ()	50, 000	配偶者死亡	213 (Ś	10, 000		
家族死亡(病死対象外)1親等(実養父母、子)血族 家族死亡(病死対象外)同居中の2親等(兄弟姉妹、					20, 000	(2)住宅被	災			
		_ (納死対象外) [(公母、孫) 血族	9店中の2親寺(兄躬炯妹、	114 ()	20, 000	旧友の会会員	全焼・流失	₹ • 204 ()	50, 000
)休			'		福祉共済会会	€員 王垻 平焼・半埠	•		
病急	え休き	業(連続休業 30		102 ()	15, 000	本人が居住	床上浸水	205 ()	25, 000
負傷休業(連続休業 30 日以上)					15, 000		. ∧ □N ≠ ¬"=		- - ,	
(3)任	宅被災 ・家族と同居の				※ 旧友の会 会員No. をご記入ください。				
	健康保険証の扶養者有無で判断	住居	全焼・流失・全損 (70%以上)	104 ()	150, 000	会員 No.				
有扶養者		・単身赴任中で 配偶者の住居	半焼・半損・床上浸水 (20%以上)	105 ()	80, 000	〈個人情報の取扱い〉				
		 単身赴任中の組		107 ()	50, 000	1. 申請人である加盟組合は、UAゼンセン見舞金制度(以下、本見舞金という)の申請にあたり取得した個人情報は本見舞金の申請手続きのみに利用します。 2. 給付者であるUAゼンセンは、本見舞金請求依頼により取得				
		合員本人住居	半焼・半損・床上浸水 (20%以上)	108 ()	30, 000					
ATT.		家族と同居の	全焼・流失・全損 (70%以上)	109 ()	100, 000	した情報は本見舞金給付に関する業務およびそれに付随す業務のみに利用します。 (申請記入年月日 20 年 月 日				
無扶養者		住居	半焼・半損・床上浸水 (20%以上)	110 ()	50, 000					
養		組合員本人住居		111 ()	100, 000	組合担当者」	氏名 佐	藤 歓え	k .	
		(独り暮し・寮)	半焼・半損・床上浸水 (20%以上)	112 ()	50, 000	日中連絡先	(TEL) 0 1	11-859-1	231	
		組合コー	- ドNo.	支部名		組織化	代表者	氏名		
	加盟組合	03500000 ノテユニオン 佐藤 値						大太		
申		組合所在地 〒 062-0021 札幌市豊平区月寒西 1 条 4 丁目 3 - 1 2 階								
請		組合連絡先	TEL 011-859-1231	1-859-1232						
	組合員本	フリガナ 性別年齢 住所								
$ \wedge $										
	人	生年月日 (西暦)	年 月 日		苋)
※登録中の送金先変更がありますか? ある ()・ない(〇)変更の際は赤字でご記入ください										ک رر،
送金先			普通()		No. 名 名 名					
✓組合□座>			銀行()							
死亡		フリガナ			別年齢	船合員との	関係	死亡年月		\longrightarrow
		氏 名 (死亡者)	男性 1		表	20 1	年	月		
		生前住所		. , , ,		区分 下記2.3の申請				
		〒		1. 病						
		(4/14	//B A 🗔		1/2]=	4. 事	故()5.自殺(()6.死	産())
		給付金 氏 組合員との 住 〒 受領者 名 関係 所 所 の								
\geq		- 文版名 ロ -								\prec
負	傷						下記2の	申請には「		
病						/ * ** ** * * * * * * * * * * * * * * *	報告書」		サイン ケー	1 ()
(,,,		休業期間 20	年 月 日~20	年月	-	休業終了(現在休業() 1.私傷系) 3.通勤追	夷()2. <u>余上()</u>		
住	宇	被災年月日 20 年 月 日 被災住宅 所在地)	
被災		被災原因と状況								
通信欄										\longrightarrow
Carl Call										
給付決 定処置		受付年月日 受付No. :		会員確認		備き	<u>×</u>	局長 音	部長	担当