

担当理事	係	支部長	担当者

支払請求書

西暦20 年 月 日

茨城県理容生活衛生同業組合理事長殿

支部

支部長

印

茨城県理容組合定款並びに共済規程により下記の者の請求をいたします。

記

請求内容	() 会員死亡(廃業) () 会員死亡(相続) () 配偶者死亡 () 廃業 () 継続 () 相続 () 災害
請求金額	円
該当者名	
請求者名	
店舗名	
現住所	
生年月日	西暦 年 月 日
加入年月日	西暦 年 月 日
発生日	年 月 日
内容	* 弔慰金(会員・配偶者) _____円 * 廃業・継承受労金(廃業・相続) _____円 * 出資金 _____円 * 災害見舞金 _____円 計 _____円
備考	

*死亡(本人相続)・相続の請求は請求者名に新相続者のお名前を記載ください。

*該当者名は組合員または、配偶者名(配偶者死亡の時)を記載ください。