

令和 年 月 日

## 弔慰給付金請求書

愛知県麺類食堂生活衛生同業組合  
様

支部名 \_\_\_\_\_ 支部  
支部長名 \_\_\_\_\_ (印)

共済会規定により本書を提出します。

### 給付対象事項

屋号・社名		氏名	
営業所在地			
給付事項			
組合弔慰金	20000円		

お振込みをご希望の方は下記にご記入下さい。

銀行名		支店名	
科目 (○をつけて下さい)	普通 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			

※尚、振込み手数料はご負担いただきます。

令和 年 月 日

## 日 麵 連 共 済 会 弔 慰 給 付 金 申 請 書

日 麵 連 共 済 会  
一般社団法人 日本麺類業団体連合会  
全国麺類生活衛生同業組合連合会 殿

### 申請者

組合員住所	
組合員氏名	①
所属組合名	
理事長名	①
所属支部名	
支部長名	①

下記により、給付金の請求申請を致します。

加入者番号										
死亡者氏名								死亡者区分 (該当に○印)	1 名義人	2 配偶者
死亡年月日	令和	年	月	日						

## 名 義 変 更 届

下記の通り、会員の名義変更届を提出致します。

新 営 業 名 義 人 氏 名 (フリガナ)					配 偶 者 氏 名 (フリガナ)						
新 名 義 人 生 年 月 日					配 偶 者 生 年 月 日						
大正	昭和	平成	年	月	日	大正	昭和	平成	年	月	日
前名義人との続柄					該当番号に○印を記入願います。						
1	組合	2	共済	3	機関誌「麵」 個別発送	4	めん賠 共済				

※新名義人で満70歳以上の方は、営業許可証のコピーを必ず添付して下さい。