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（　）に〇印を付けてください。例：会員死亡 101（〇）
（２）給付申請者は、すべての申請に対して組合員本人とします。
（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（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】

（１）死　亡

（単位：円）

申請内容	給付区分	給付額
会員死亡	101（　）	200,000
配偶者死亡	113（　）	50,000
家族死亡（病死対象外）１親等（実養父母、子）血族	114（　）	20,000
家族死亡（病死対象外）同居中の２親等（兄弟姉妹、実養祖父母、孫）血族	114（　）	20,000

（２）休　業

病気休業（連続休業 30 日以上）	102（　）	15,000
負傷休業（連続休業 30 日以上）	103（　）	15,000

（３）住宅被災

有扶養者	健康保険証の扶養者有無で判断	・家族と同居の住居 ・単身赴任中で配偶者の住居	全焼・流失・全損（70%以上）	104（　）	150,000
			半焼・半損・床上浸水（20%以上）	105（　）	80,000
		単身赴任中の組合員本人住居	全焼・流失・全損（70%以上）	107（　）	50,000
			半焼・半損・床上浸水（20%以上）	108（　）	30,000
無扶養者		家族と同居の住居	全焼・流失・全損（70%以上）	109（　）	100,000
			半焼・半損・床上浸水（20%以上）	110（　）	50,000
		組合員本人住居（独り暮し・寮）	全焼・流失・全損（70%以上）	111（　）	100,000
			半焼・半損・床上浸水（20%以上）	112（　）	50,000

【シニア友の会会員・福祉共済会会員給付適用区分】

（１）死　亡

（単位：円）

申請内容	給付区分	給付額
会員死亡	201（　）	20,000
配偶者死亡	213（　）	10,000

（２）住宅被災

シニア友の会会員・福祉共済会会員本人が居住	全焼・流失・全損	204（　）	50,000
	半焼・半損・床上浸水	205（　）	25,000

※ シニア友の会 会員 No. をご記入ください。

会員No.	

〈個人情報の取扱い〉

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る業務のみに利用します。

（申請記入年月日（西暦）20　　年　　月　　日）

組合担当者氏名　　佐藤　衣美

申請人

加盟組合	組合コードNo.	組合・支部名			組織代表者氏名	
	0 0 3 3 5 0 0 0 0 0	イオンリテールワーカーズユニオン			村上　哲朗	
	組合所在地	〒261-8515 千葉県千葉市美浜区中瀬1-5-1			組織代表者印	㊞
	組合連絡先	TEL　043-212-6207		FAX　043-212-6841		
組合員本人	ふりがな		性別	年齢	住所	
	氏名		男性（　）女性（　）	歳	〒	
	生年月日	（西暦）　年　月　日				

※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

ふりがな	ちゅうおう	つだぬま	種類	口座No.	名義	ふりがな
送金先<組合口座>	中央　労金（〇）銀行（　）	津田沼　支店	普通（〇）当座（　）	4111764		イオンリテール ワーカーズユニオン

死亡

ふりがな	性別		年齢	組合員との関係	死亡年月日
氏名（死亡者）	男性（　）	女性（　）	歳		（西暦）　年　月　日

生前住所	死亡区分　下記2.3の申請には「労働者死傷病報告書」の添付
〒	1.病死（　）2.業務上（　）3.通勤途上（　） 4.事故（　）5.自殺（　）6.死産（　）

給付金受領者	氏名		組合員との関係		住所	〒

負傷病気

傷病名（診断書記載の病名をすべて記載ください）	負傷病気原因区分 下記2の申請には「労働者死傷病報告書」の添付
休業期間　西暦　年　月　日～　年　月　日　休業終了（　）現在休業（　）	1．私傷病（　）2．業務上（　） 3．通勤途上（　）

住宅被災

被災年月日	西暦　年　月　日	被災住宅所在地	
被災原因と状況			

通信欄

給付決定処置	受付年月日	受付No.	会員確認	備考	局長	部長	担当