

2003/10 作成  
2006/06 改版  
生活協同組合パルシステム東京

## 被爆者健康手帳所持者優遇申請書

申請日	年 月 日		
組合員名	印	組合員番号	.....
電話番号	( )	—	
種別	被爆者健康手帳		
該当者氏名		組合員との 続柄	・本人 ・同居家族(続柄: )

申請にあたっては、手帳のコピーを添えてご提出ください。 (ご住所の確認等)

代理人が申請する場合は、下記にも記入・捺印をお願いします。基本的にはご家族といたします。また、制度運用内容を組合員本人に代わって遵守・理解することを確認いたします。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 組合員との続柄 \_\_\_\_\_

### お申込み時の注意点

- ①認定後の過去におけるパルシステム手数料の返還はいたしません(生協記入欄の免除開始回をご参考に)
- ②条件に該当しなくなった場合は速やかにご連絡ください
- ③生協が指定する期間に更新手続きをお願いします
- ④パルシステム手数料の免除開始につきましては、申請書ご返送後、2～3週間を要しますのでご了承下さい
- ⑤やむを得ない生協事情により制度継続できない場合があります(予めご案内をいたします)
- ⑥故意に不正利用が判明した場合は、パルシステム手数料を請求することがあります
- ⑦提出いただきました申請書はこちらで保管させていただきます、その他の書類については登録確認後、機密文書として処分させていただきますのでご了承ください。
- ⑧認定・登録後に『登録完了のお知らせ』をお返しいたしますので、免除開始回(配達企画回数)をご確認下さい。

### 生協記入欄

認定	免除開始回	電算登録	添付書類
	/		/
			□廃 □返