

| | | |
|-----|----|-----|
| 事務長 | 課長 | 業務係 |
| | | |

死亡見舞金支給申請書

| | | | | | |
|---|----------|--------|--------|--------|--------|
| 第二種組合員番号 | | 死亡者氏名 | | 年齢 | 歳 |
| 死亡年月日 | 令和 年 月 日 | 死亡の原因 | | | |
| 第二種組合員死亡 当時の親族について (該当に○をしてください。) | 順位 1 位 | 順位 2 位 | 順位 3 位 | 順位 4 位 | |
| | 配偶者 | 子 | 父母 | 孫 | 祖父母 |
| | いる・いない | いる・いない | いる・いない | いる・いない | いる・いない |

上記のとおり、必要書類を添えて死亡見舞金を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和 年 月 日

申請者氏名
(順位上位者)



上記の死亡見舞金は、下記の預金口座に振り込み願います。(順位上位者の口座をご記入ください。)

銀行 普通
信用金庫 支店 当座

フリガナ

名義人氏名

| | | | |
|---------------|-------|-----------|-----|
| 組合 記入 欄 | 決定費用額 | 300,000 円 | *備考 |
| | 支払年月日 | | |

- 注
- 「組合記入欄」は記入しないでください。
 - 死亡診断書(コピーでも結構です)を添付してください。
 - 申請者氏名欄及び振込口座欄については、順位上位者となります。同順位者が複数人おられる場合は、支給額を人数で除していただくこととなります。

