

事務長	確認	担当

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。