

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	2 2 2 2 2	死亡者氏名	医国 一男		年齢	88 歳
死亡年月日	令和元年5月25日		死亡の原因	老 衰		
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

令和元年5月29日

申請者氏名  
(順位上位者)

医国 花子



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 1234321  
信用金庫 支店 当座  
フリガナ イクニ ハナコ  
名義人氏名 医 国 花 子

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。