

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	1 2 3 4 3 2 1
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。