

保健事業費支給決定 並 支払伺				起案	
支払金額	円	支払通知書番号	振込年月日	.	
		加入10年以上	取得	.	
		加入10年未満	喪失	.	

死亡見舞金支給申請書 【第二正組合員用】

組合員証番号	第二正組合員	50 -			
死亡者氏名		生年月日	大・昭	年	月 日
死亡年月日		年	月	日	年齢 歳
死亡の原因					
葬祭執行年月日		年	月	日	

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

所属支部名 _____

〒 _____

住所 _____

申請者
(見舞金を受ける遺族代表者)

氏名 _____ (印)

死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿

振込先銀行	銀行名	信用金庫		本店
		銀行		支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリカナ			
	口座名義人			

※この申請書には、死亡診断書(死体検案書)のコピーと申請者が配偶者以外の場合は戸籍謄本1通を添付して下さい。