

|                 |   |         |       |    |
|-----------------|---|---------|-------|----|
| 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            |         |      |       |
| <p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属支部名 _____</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p>申請者 (見舞金を受ける遺族代表者) 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">死亡者との続柄 _____</p> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿</p> |                  |         |      |       |
| 振込先銀行   | 銀行名              | 信用金庫 銀行 |      | 本店 支店 |
|   | 口座種別             | 普通・当座   | 口座番号 |       |
|   | フリカ <sup>ナ</sup> |         |      |       |
|   | 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。