

理事長	常務理事	事務局長	担当者

支給 金額	
----------	--

死亡見舞金（第二種組合員）支給申請書

組合員証の番号	
死亡した 組合員の氏名	
死亡年月日	年 月 日
死亡の原因（傷病名）	
葬祭を行った年月日	年 月 日

支給金の振込先 銀行 支店 普・当 No. _____
(フリガナ)
 名 義

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者住所 〒

(葬祭を行った者) 氏 名

㊞

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

この申請書は死亡診断書（写）、葬祭を行った証明（会葬御礼等）を添付してください。