

記入方法

第 71 号様式

*** 誤記入の際は、二重線の上、訂正印を押してください。**

死亡見舞金支給申請書

支部名	所属群市区の名前	組合員証の 記号番号	記号番号をご記入ください
死亡 組合員氏名	死亡した75歳以上の 後期高齢者組合員の氏名	死亡組合員 の生年月日 年 月 日 年 齢	明・大・昭 年 月 日 才
死亡の原因	(傷病名) 病 気 事 故 その他	死亡年月日	令和 年 月 日
申請者(※1)と 組合員の続柄	組合員からみた続柄	葬祭執行 年月日	令和 年 月 日 葬祭を行った日にち
		支給決定額	100,000円

上記のとおり死亡見舞金を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____
(※1)

氏 名 _____ (印)

静岡県歯科医師国民健康保険組合 様

申請者の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人(申請者)氏名
* 申請者の金融機関口座を記入してください				(フリガナ)

支部長確認欄	支 部	支部長氏名

(印)

〈注 意〉

※1. 申請者は死亡された組合員の世帯に属する遺族(当該組合員の世帯に属する被保険者がいない場合は、それ以外の遺族又は親族)

※2. この申請書には、死亡診断書のコピー、又は

理 事 長	常務理事	事 務 長	係

〈添付書類〉

- ・死亡診断書のコピー、又は埋(火)葬許可証のコピー
- ・葬祭執行者が被保険者以外の場合は、葬祭を行ったことがわかるもの(会葬礼状、領収書のコピーなど)
- ・死亡組合員の「資格喪失届」と「組合員証」