

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					150,000円
死亡見舞金支給申請書					
組合員証の記号番号			鹿 歯		
死亡した被保険者の住所・氏名		住所			
		氏名			
死亡年月日	平成 年 月 日	埋火葬年月日	平成 年 月 日		
死亡の原因					
申請者が喪主以外である者の住所・氏名		住所			
		氏名			
振込先	銀行 店				
	金庫				
	1. 普通	口座番号 No.			
	2. その他 ()	フリガナ			
口座名義					
上記の通り申請します。					
平成 年 月 日					
(〒 -)					
申請者 住所					
氏名 ㊟					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※本申請書には必ず死亡診断書（コピー可）を添付してください。

※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。