

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	年 月 日	埋火葬年月日	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		
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
(〒 -)				
申請者 住所				
氏 名				
(自宅電話番号 - -)				
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または埋火葬認許証のコピーを添付して下さい。

※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。