

|      |     |    |   |           |
|------|-----|----|---|-----------|
| 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

|  |               |                |             |
|--|---------------|----------------|-------------|
| 記号・番号  | 鹿 歯           |                |             |
| 死亡した組合員  | 住所            |                |             |
|  | 氏名            |                | 申請者<br>との続柄 |
| 死亡年月日  | 年 月 日         | 埋火葬年月日         | 年 月 日       |
| 死亡の原因  |               |                |             |
| ※申請者が喪主ではない場合のみ記入<br>喪 主   | 住所            |                |             |
|  | 氏名            |                |             |
| 振 込 先  | 銀行<br>金庫<br>店 |                |             |
|  | 1. 普通         | 口座番号 No.       |             |
|  | 2. その他<br>( ) | (フリガナ)<br>口座名義 |             |
| 上記のとおり申請します。 <small>※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください</small> |               |                |             |
| 令和 年 月 日<br>( 千 - )  |               |                |             |
| 申請者 住所<br>氏 名 (印)  |               |                |             |
| (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ください。

※資格喪失による保険料返金が生じる場合は、記入された振込先にお振り込みいたします。

※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。