

理事長	常務理事	事務長	係

死亡見舞金支給申請書

被保険者記号番号	石医 -	被保険者氏名	
生年月日		年 齢	歳 組合員との続柄

死亡の原因			
死 亡 日	令和 年 月 日	葬儀を行った日	令和 年 月 日
死亡が第三者の行為に因るときはその事実並びに第三者の住所氏名 (不詳のときはその旨)			
申 請 金 額	30,000 円	備 考	

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支 店 名	本 店 支 出 張 所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口 座 番 号		口座名義人	

上記のとおり、死亡診断書（埋葬許可証写）を添えて死亡見舞金を申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

印

電話番号 () -

石川県医師国民健康保険組合理事長 様