

組合記入欄	常務理事	事務局

## 葬祭費（死亡見舞金）支給申請書

組 合 員	被保険者記号番号	み 歯				A						
	第1種 第2種 第3種 第4種 組合員	氏 名	(ふりがな)									
		住 所	(ふりがな) (〒 - )									
死 亡 者	死 亡 者 氏 名	(ふりがな)				続 柄						
	死 亡 年 月 日	平成 年 月 日	享年	歳	死 亡 の 原 因							
葬 祭 年 月 日		平成 年 月 日										
組 合 記 入 欄		支 給 額										円
上記のとおり葬祭費（死亡見舞金）を申請いたします。											平成 年 月 日	
<p>申請人 死亡被保険者との続柄</p> <p>住 所 (〒 - )</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>												
振 込 銀 行 名		銀行 支店 ・ 本店										
預 金 種 別		普通預金			当座預金			貯蓄預金				
口 座 番 号		※左詰めで記入願います。										
口 座 名 義 人		(ふりがな)										

- ・ 該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。
- ・ 死亡診断書、又は埋葬許可証のコピー、資格喪失届、被保険者証を添付して下さい。