

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

死亡見舞金支給申請書（後期医師組合員用）

支給決定額	円
-------	---

記号・番号	記号	番号	死亡年月日	令和	年	月	日
死亡した 組合員氏名			歳	申請人 との続柄			
死亡の場所							
死亡の原因							
振込希望 金融機関	1. 銀行（ 銀行 支店） 2. 長崎県医師信用組合			ふりがな 口座名義			
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住 所

申請人

氏 名

⑩

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意 この申請書には、死亡診断書(または戸籍抄本)を添付してください。