

死亡見舞金支給申請書

後期高齢者組合員専用

死 亡 し た 後 期 高 齢 者 組 合 員	氏 名			
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日		
死 亡 の 日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時	葬祭執行年月日	令和 年 月 日	
死 因 傷 病 名		申 請 金 額	金	円
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 〒 住 所 申 請 者 (見舞金を受ける遺族) 氏 名 (自 署) 電 話 死亡した組合員との続柄 配偶者・子()・父・母 (いずれかに○印をつけて下さい) 孫・祖父・祖母 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿				

※振込先金融機関

銀 行 名	銀行	支 店 名	支店
口 座 番 号	(普 通 ・ 当 座) No.	フリガナ	
		口座名義	