

死亡見舞金支給申請書 (後期高齢者専用)

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 _____ 印 _____				
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	