

決 裁	理事長	常務理事	事務長	担当者	決裁年月日	処 理	入	力	照	合
					平成 年 月 日					

死亡見舞金申請書(後期高齢者医療制度加入者)

平成 年 月 日

愛知建連国民健康保険組合理事長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

電話番号 () _____

次のとおり死亡見舞金を申請します。

組合員証 の記号番号	—		組合員 世帯区分	<input type="checkbox"/> 単身世帯	<input type="checkbox"/> 複数世帯
死亡した 組合員氏名			生年月日	大正 . .	昭和 . .
死亡年月日	平成 年 月 日	葬祭を 行った日	平成 年 月 日		
遺族氏名			組合員 との続柄		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	本店 支店 出張所
	預金の種類	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

●太枠の中に正確にご記入ください。組合員世帯区分の単身とは、組合員のための世帯です。

【添付書類】

死亡診断書(写し)もしくは死体検案書(写し)と葬祭を行った証明(会葬御礼など)を必ず添付してください。

支給金額	※	円
------	---	---

本部受付欄	支部受付欄
本部受付印	支部受付印