

理 事 長		副 理 事 長		常 務 理 事		常 務 理 事		事 務 長		担 当	
-------------	--	------------------	--	------------------	--	------------------	--	-------------	--	--------	--

葬 祭 費

死亡見舞金

支給申請書

		被 保 険 者 番 号				8	8			
死亡した被保険者氏名	(T・S・H・R 年 月 日生)					申請者との 続 柄				
死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日									
死 亡 場 所										
死 亡 原 因										
	第三者行為（交通事故など）の有無					有 ・ 無				
葬 儀 執 行 年 月 日	令 和 年 月 日									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者（葬祭を行う者） 氏 名 印 秋田県医師国民健康保険組合理事長 様										

[注] 申請に当たっては、死亡診断書（写）添付のこと。

振込指定銀行	銀行	本 店
口 座 番 号	普・当 No.	
フ リ ガ ナ		
預 金 口 座 名		