

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

死亡見舞金支給申請書

¥

上記の金額を支給されるよう申請します。

但し、下記内訳のとおり

平成 年 月 日

住所
 申請者 _____
 (葬祭を行った遺族) 氏名 _____ (印)

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様

内 訳

組合員の番号		死亡した組合員の氏名		申請人との続柄	
死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の場所			
死亡原因					
葬祭執行場所					
被振込金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		() 本・支店郵便局		
	店番号		_____		
〔葬祭を行った遺族名義〕	(普通・当座)		ふりがな (
	口座番号		口座名義 (様宛		
備考					

- (注) 1. この申請には、証拠書類として、市町村長の埋火葬認許証の写し又は死亡診断書又は戸籍の除籍簿抄本の何れかを添付すること。
 2. 本申請書と同時に、資格喪失届及び組合員証を提出のこと。
 3. 送金希望の銀行名、普通預金口座の名義人は必ず書いて下さい。