

常務理事	理 事	事務長	担当者

受付日付印



◎第1種組合員B用(75歳以上の医師)が対象

死亡見舞金支給申請書				
組 合 員 証 号 記 号 番 号	宮医 A	死 亡 し た 組 合 員 氏 名	男・女	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	死 亡 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
添 付 書 類	①死亡診断書(死体検案書)のコピー ②会葬御礼状、死亡広告等のコピー	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
埋葬(納骨)を 行った年月日 (予定を含む)	平成・令和 年 月 日 未定	死 亡 原 因 (病名など)	第三者の行為に ( よる ・ よらない )	
送 金 先	銀行名	銀行 支店		備 考
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	フリガナ			
	名義人氏名			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日(届出日)</p> <p>申 請 者 (遺族代表者)</p> <p>私が遺族の代表者であることについて、組合には一切ご迷惑をお掛けいたしません。</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 死亡者との続柄 ( )</p> <p>電話 ( ) ー 携帯 ( ) ー</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>				
支 部 経 由	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">支部長</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>			

注)遺族の範囲は、配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にある場合を含む)、子、父母、孫とします。  
(注1) 申請者が喪主であることを示すものであれば、葬祭費用の領収書等でもかまいません。

DL

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。