

常務理事	理事	事務長	担当者	受付

## 死亡見舞金支給申請書

組合員証 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 年 月 日
添付諸類	1. 死亡診断書 2. 死体検案書 (上記いずれかの写し可)	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 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	
	預金種目	普・当・貯	口座番号
	(フリガナ) 名義人氏名		
		備考	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 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 style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">死亡者との続柄 ( )</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 ー ー</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>			
支部 經由	<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">支部長 <span style="float: right;">㊟</span></p>		

※ 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。

※ 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。