

死亡見舞金申請書

被保険者記号番号			
死亡年月日	平成	年	月 日
死亡の場所			
死亡者氏名			
死亡の原因			
葬祭執行年月日	平成	年	月 日
申請人との続柄			
見舞金の額	50,000 円		
<p>上記のとおり申請いたします</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>申請人住所 氏名 ㊟</p> <p>愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長殿</p>			
<h3 style="margin: 0;">証 明 欄</h3> <p>上記のとおり死亡の事実を証明します</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>医師住所 氏名 ㊟</p>			

振込先銀行名	口座番号	口座名義人氏名
銀行	普通	フリガナ
支店	預金 当座	