

理事長		副理事長		常務理事		常務理事		事務長		担当	
-----	--	------	--	------	--	------	--	-----	--	----	--

## 弔慰金支給申請書（共済会）

被 保 険 者 番 号			8	8			資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
死亡した被保険者氏名	( 大・昭・平 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									
葬 儀 執 行 年 月 日	令 和 年 月 日								
葬祭を行う者の氏名								死亡者との続柄	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者（葬祭を行う者）</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p style="text-align: center;">秋田県医師国民健康保険組合共済会理事長 様</p>									

※ 決定支給額	円
------------	---

振込指定銀行	銀行	本 支 店
口座番号	普・当	No.
フリガナ		
預金口座名		

注：死亡診断書（又は写）を添付のこと。

※ は組合で記入