

受付印

理事長	常務理事	事務長	係

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

死亡見舞金支給申請書

被保険者の記号・番号	群医 ー ー		
死亡者氏名			申請者との 続柄
死亡年月日	令和 年 月 日		
死亡の原因（傷病名）			
備考 〔 第三者の行為による 場合はその事実並び に第三者の住所氏名 〕			
振込先 銀行名	金融機関コード（ ） 銀行 支店コード（ ） 店	普通 ・ 当座 No.	名義人（フリガナ）
<p>上記のとおり埋火葬許可証の写しを添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">〒 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 ※申請者 氏名</p>			
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※申請者は、組合規約第14条の2に定められた遺族(最も順位の高い方)の住所・氏名を記入してください。

《組合規約第14条の2(抜粋)》

一 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。)

二 子、父母、孫及び祖父母

(第2号に掲げる遺族の順位は、同号に掲げる順序とする)