

決 裁					台帳登載	支給伝票	支給年月日	支給決定額
理事長	常務理事	事務長	係長	担当				
								円

組 合 員 死 亡 見 舞 金 申 請 書

被保険者証 記号・番号	岡302・		
組合員氏名 (死亡した者)		組合員との 続柄	
死亡した日	令和 年 月 日	支給申請額	100,000 円

上記のとおり、組合員死亡見舞金の支給を申請します。

令和 年 月 日 日 千

住 所

申請人

氏 名

(印)

死亡した者との続柄 ()

岡山県医師国民健康保険組合 殿

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別	1. 普通	2. 当座	口座名義人(カナ)	
	口座番号			口座名義人(漢字)	

※ この申請にかかる個人情報は、組合員死亡見舞金申請以外の目的には使用いたしません。