

葬祭を執り行う方が申請してください。

印

文給 額 理事長 専務理事 事務長 課長 係

決定 年月日

青文字の部分をご記入、捺印ください。  
A4サイズの用紙で印刷してください。

死亡した被保険者の

費支給申請

死亡した被保険者の区分

被保険者証の記号番号	9 9 9 9 9 9 0 0 0	区分	本人・ <u>家族</u>
組合員の氏名	歯科医師 太郎	死亡した被保険者の氏名	歯科医師 トメ
組合員との続柄	母	死亡年月日	令和 7 年 9 月 1 日
死亡の原因	心筋梗塞		
葬祭執行年月日	令和 7 年 9 月 2 日	葬祭を行う場所	〇〇〇斎場

一番下の「続柄の書き方」の①をご覧ください

預金種別に〇をつけてください。

受取方法	△△△ 銀行 信用金庫	▲▲▲支店	口座番号
	フリガナ	普通・当座	× × × × × × × ×
	口座名義		シカイシ タロウ 歯科医師 太郎

ご希望の振込金融機関をご記入ください。7 9 月 30 日

に関する証拠書類を添えて申請します

左詰でご記入ください。

〒 810-XXXX

組合員住所 XXX市XXX丁目〇番〇号

XXXXXX〇号

氏名 歯科医師 太郎

歯科

申請者と死亡した被保険者の続柄(子)

一番下の「続柄の書き方」の②をご覧ください

※添付書類

医師の死亡診断書のコピー又は死体埋火葬許可証のコピー

続柄の書き方

- ①組合員である歯科医師 太郎さんからみて、死亡した歯科医師 トメさんとの関係
- ②死亡した歯科医師 トメさんからみて、申請者である歯科医師 太郎さんとの関係