

葬祭を執り行う方が申請してください。

印

理事長 専務理事 事務長 課長 係

文
給
決
定

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ用の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

の
①
番
下
の
「**続柄の書き方**」
を
ご
覧
く
だ
さ
い

被 保 険 者 記 号 番 号 9 9 9 9 9 9 0 0 0 区 分 本 人 ・ 家 族

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

預金種別に○をつけてください。

受 取 方 法 △△△ 銀 行 信 用 金 庫 ▲▲▲ 支 店 口 座 番 号 普 通 ・ 当 座 × × × × × × × ×
フリガナ シカイシ タロウ
口座名義 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付してください。

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-XXXX

氏名 歯科医師 太郎

歯科
医師科

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