

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	支給額	加算金	給付記録	電算入力
		円			
	支給年月日		(有)・(無)		
	年	月	日		

国民健康保険死亡見舞金支給申請書

(注意事項)

○振込先は葬祭を行った方の口座をご指定下さい。

後期高齢者証 組合員番号	記号 福医	番号 0 3 1 2 3 4 0 0 0	組合員名 氏名	国保太郎	
死亡した 組合員氏名	国保太郎		死亡した 組合員との 続柄	夫	
死亡した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日		死亡原因	肝硬変	
葬祭した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日				
振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	○○○ 銀行 信用金庫	○○○ 本店 支店	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	○○○ ○○○ ○○○	刀ガナ コクホ ハナコ 国保花子

上記のとおり申請します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

〒 812-0016 TEL (092) 431 - 1988

住 所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

申請者
(葬祭を行った者)

氏 名 国保花子



福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿