理事長	常務理事	事務長	事務次長	業務係長	係

死亡見舞金支給申請書

￥　　70,000

上記の金額支給されるよう申請します。

但し、下記内訳のとおり

令和　　年　　月　　日

申　　請　　者
（葬祭を行った遺族）

住　所

氏　名　　㊞

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

内　　訳

組合員の番号	―　―	死亡した組合員の氏名		申請人との続柄	
死亡年月日	年　　月　　日	死亡の場所			
死亡原因					
葬祭執行場所					
被振込金融機関（葬祭を行った遺族名義）	銀行 信用金庫 信用組合		（　　）本・支店 店番号		
	（普通・当座） 口座番号		ふりがな（　　） 口座名義（　　）様宛		
備考					

（注）1．この申請には証拠書類として、市町村長の埋火葬認許証の写または死亡診断書または戸籍の除籍簿抄本の何れかを添付すること。
2．本申請書と同時に、資格喪失届および組合員証を提出のこと。
3．送金希望の銀行名、普通預金口座の名義人は必ず書いて下さい。