

配偶者・家族

死亡見舞金請求書

＜個人情報の取扱いについて＞
神奈川県歯科医師会では、個人情報の保護に基づき、
会員から知り得た個人情報は厳正に取扱います。

■死亡見舞金受給者記載欄

死亡者氏名	男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	住 所	〒 電話番号 ()
死亡年月日	年 月 日	死 因	疾病・事故・その他 ()
請求者名	住所 氏名 Ⓜ	会員との 関 係	
振込先	銀行 信用組合 信用金庫 支店	口座番号 普通・当座 _____ ふりがな 口座名義	Ⓜ (銀行印)

■添付書類

①配偶者死亡見舞金請求の場合

死亡診断書 (写し)、除籍謄本 (写しは不可)、見舞金受給者の印鑑証明書

②家族死亡見舞金請求の場合

死亡診断書 (写し)

公益社団法人神奈川県歯科医師会福祉共済部会第1共済

この欄は記入しないでください。

受付日 令和 年 月 日	常任幹事会審議 令和 年 月 日	部会長	副 部 会 長	常任幹事	事務局長	次長	課長	取扱者
給付決定額 円								
支払日 令和 年 月 日	県歯 NO.							