

年 月 日

京都民医連共済会連絡会弔慰金申請書

A会員 (* 常勤職員)
B会員 (* 非常勤職員)

班・事業所名 : _____ 班 _____

会員氏名 : _____

保険番号 : _____

下記内容に記載・該当項目に○印をして下さい。
記入後は、お勤め先(法人、班)の共済会担当者へ提出してください。

| | 給付種目 |
|------------|------------------------|
| A会員・B会員 | 祖父母死亡弔慰金 ・ 義父母死亡弔慰金 |
| B会員 | 親死亡弔慰金 子死亡弔慰金 配偶者死亡弔慰金 |
| 亡くなられた方の氏名 | |
| 続 柄 | |
| 該当年月日 | 年 月 日 |

※ A会員 親・子・配偶者の死亡見舞金は全日本民医連厚生事業協同組合に申請になります。
お勤め先(法人、班)の共済会担当者経由で申請してください。

用紙改定 2019/8/1