

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号 3 9 0 7 0 0 0 0

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

支給金額 ¥ 5 0 0 0 0 -

死亡者の氏名	広域 太郎
死亡者の生年月日	大正〇〇年〇〇月〇〇日
死亡年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
死亡の場所	広域クリニック
死亡の原因	交通事故 ・ <u>その他</u>
その他	献体

献体を行う場合は、「その他」の欄に「献体」と記載してください。

葬祭年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
葬祭執行者の氏名	広域 三郎

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は() 銀行・支店コードは必ず記入してください。

葬祭執行者以外の名義の口座への振込を希望する場合は、必ず最下段の「受任者」の欄に委任する旨を記載してください

振込先	広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	福島	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 ()
-----	----	-----------------------------------	----	-----------------	------	-----------------

口座番号	1 2 3 4 5 6 7	※口座番号は7桁記入願います。 (例 1234 → 0001234)
(カタカナ)	コウイキ サブロウ	
口座名義人	広域 三郎	

上記のとおり申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者(葬祭執行者) 〒 960-8043

住所 福島県福島市中町8番2号

氏名 広域 三郎 広域

死亡者との続柄 子

電話番号 (0248) 528 - △△△△

受付	入力	照合

受領委任欄	年 月 日 委任者 住所
	申請者以外の口座を指定する場合は、必ず記入してください。
	氏名 広域 印
	受任者 住所
氏名	

※ 給付金に関する受領を下記受任者に委任します。