

戸塚区歯科医師会死亡時福祉共済給付金請求届

令和 年 月 日

戸塚区歯科医師会会長

殿

診療室所在地

名称

会員氏名 (印)

生年月日 年 月 日

今般下記により死亡時給付金請求いたします。

記

ご逝去年月日 令和 年 月 日

氏名 年齢 歳

続柄 ・配偶者 ・子供 ・同居家族()

住所 〒 -

TEL

振り込み先金融機関 銀行・信組 本店・支店

口座番号 名義人名

歯科医師信用組合の口座以外に振り込む場合は、振込手数料を負担願います。

戸塚区歯科医師会受理日 令和 年 月 日