

健康保険給付金 遺族支給申請書

次の通り、被保険者が受けるべき未支給の保険給付金について、権利承継届記載の通り遺族として諸証明を添付のうえ、支給申請を致します。

死亡した被保険者について	記号・番号	-	氏名	
	生前の勤務先 事業所名			
	死亡した 当時の住所	〒 -		
	死亡年月日	令和 年 月 日		
	死亡原因	業務上ですか いいえ ・ はい 第三者の行為によりますか いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出して下さい。		
	次の給付を 受けていましたか	老齢(障害)年金 ・ 恩給 ・ その他()		
申請給付区分	傷病手当金 ・ 埋葬料(費) ・ その他()			
申 請 人	氏 名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	死亡した被保険者との間柄 (子は長男等、正確に)	配偶者 ・ 子() ・ 父母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他()		
	あなたは死亡した人の 相続人になりますか	はい ・ いいえ		
	現住所	〒 - 電話: ()		
	この申請に基づいて支給される給付金の受領について、被保険者が勤務していた事業所の受領代理人に委任します。 また、任意継続被保険者であった場合は、この申請に基づいて支給される給付金の受領について、銀行口座振込依頼書(任継者用)の通り、送金をお願いします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 申請人氏名 ㊞ 明治グループ健康保険組合理事長 殿 </div>			

【添付書類】 ※申請人が被保険者の死亡当時に被扶養者であった時は、添付書類は必要ありません。

- 申請人が被保険者の死亡当時に同居していた場合は、「住民票」
- 申請人が被保険者と同居していなかった場合は、被保険者との身分関係を明らかにする「戸籍謄本」

/ 健保受付印 \

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者