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	被保険であった時の被保険者証の記号・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

申請人氏名　　㊞

明治グループ健康保険組合理事長 殿

【添付書類】

1. 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」
2. 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」

※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。

／健保受付印＼

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

(給付様式)01.09