

味の素健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

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、遺族として諸証明を添付のうえ、支給申請を致します。

令和 年 月 日

死亡した被保険者について	被保険者であった時の被保険者証の		氏名		
	記号	番号			
	生前の勤務先				
	死亡した当時の住所	〒	—	都道府県	市区郡
	死亡月日	死亡原因	業務上ですか	第三者の行為によるものですか	
	平成 令和	年 月 日	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ <small>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>	
	次の給付を受けていましたか	障害年金 ・ 恩給 ・ 生活保護 ・ その他 ()			
申請給付区分	埋葬料 (費) ・ その他 ()				
申請人について	氏名	ふりがな	生年月日	昭和 平成 令和	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 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹		
	現住所	〒	—	都道府県	市区郡

※受領方法は、下記の①、②いずれかを選択願います。

給付金受取り区分	① 直接支払	この申請に基づいて支給される給付金の受領について次の口座宛に送金をお願い致します。			
	振込口座	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店・出張所		
② 受領委任	口座番号	普通	口座名	申請人に同じ	
	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。				
令和 年 月 日					
申請代理人氏名					

裏面もご記入願います

受付印

【添付書類】

- 死亡した者との関係がわかる戸籍謄本
(申請人が配偶者で、当健保組合の被扶養者の場合は不要です。)
- 配偶者以外のものが申請する場合、先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類

※第1順位以外の相続人が申請されるときは、別途書類を提出いただくことがあります。

権 利 承 継 届

味の素健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

請求者 氏名

印

電話 ()

被保険者であった者との続柄 ()

この度

貴健康保険組合の被保険者であった (記号 番号)

(被保険者氏名) は、私の (続柄) でしたが、平成・令和 年 月 日に死亡致しましたので、健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が承継致しましたので、お届けします。

なお、この権利の承継によって万一係争が起きた場合、その責任は私において取り貴組合に何らご迷惑をお掛けしないことを誓約します。