

健康保険給付金 遺族支給申請書

申請者記入用

地域医療振興協会健康保険組合 御中

次のとおり、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上、支給申請を致します。

申請日 令和 年 月 日

死亡した被保険者について記入するところ	被保険者であった時の被保険者証記号・番号	記号	番号	枝番	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	
	フリガナ				生前の勤務先・事業所							
	氏 名											
	死亡時の住所	〒										町名・番地 都道府県 市区町村 アパート・マンション名
	死亡原因	☐ 業務上 ☐ 業務外	死亡原因となった相手方の有無	☐ 有 ☐ 無	死亡年月日	令和	年	月	日			
死亡当時の年金等受給の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 老齢(障害)年金 ☐ 恩給 ☐ その他											

申請者について記入するところ	フリガナ				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	
	氏 名											
	住 所	〒									町名・番地 都道府県 市区町村 アパート・マンション名	
	申請給付区分	☐ 傷病手当金 ☐ 埋葬料(費) ☐ その他										
	死亡した被保険者との続柄	☐ 配偶者 ☐ 長男 ☐ 次男 ☐ 三男 ☐ 四男 ☐ 長女 ☐ 次女 ☐ 三女 ☐ 四女 ☐ 上記以外の子 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他										
相続上の地位	☐ 有 ☐ 無											

「申請者記入用」は裏面に続きます。

事業所受付印	組合受付印

両面印刷により提出願います。

健康保険給付金 遺族支給申請書

申請者記入用

※この太枠内は、すべて請求者の自署となります。

権 利 承 継 届

地域医療振興協会健康保険組合 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

このたび

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、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かけしないことを誓約します。

金融機関 コード・名称	金融機関コード				支店等コード								
	名称	銀行 金庫 農協 漁協 その他()				本店 支店 出張所 本所 支所							
預金種別	☐ 1. 普通 ☐ 3. 別段		口座番号		左づめでご記入ください。								
	☐ 2. 当座 ☐ 4. 通知												
口座名義	フリガナ												
	漢 字												
	※フリガナは、姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。												

各給付金申請書に、本申請書と次の必要書類を添えて提出してください。

<在職中に死亡した場合>生前の勤務先(事業所)へ提出

<退職後に死亡した場合>健康保険組合へ提出

●必要書類

- 死亡した被保険者との関係がわかる「戸籍謄本」
(申請人が配偶者で、当健康保険組合の被扶養者である場合は不要です)
- 配偶者以外の者が申請する場合、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。
- 受取人と同一順位の相続人が複数いる場合、「代表受取人選任届(申請書様式22)」