

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

記入例

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 XX 年 XX 月 XX 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 1 2 3 4	番号 1 2 3	枝番 9 8	生前の勤務先事業所名	〇〇病院
	氏 名	フリガナ キョウカイ ジロウ 協会 次郎			生年月日	昭和 平成 X X X X X X
	死亡した当時の住所	東京 都道府県 △△区〇〇4-5-6				
	死亡原因	業務上ですか はい・いいえ	第三者の行為によりますか はい・いいえ	死亡年月日	平成 令和 X X X X X X	
	次の給付を受けていましたか	はい いいえ	※「はい」の場合、該当するものに○をつけてください 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	氏 名	フリガナ キョウカイ アキコ 協会 明子 (印)	生年月日	昭和 平成 X X X X X X	
	現住所	〒 XXX - XXXX 東京 都道府県 △△区〇〇4-5-6 電話番号 XXX (XXXX) XXXX			
	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間柄 (子(その他)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			

「申請者記入用」は裏面に続きます。

組合受付印	事業所受付印
	受付 '17.XX.XX 〇×病院

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

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 XX 年 XX 月 XX 日

住所 東京都△△区○○4-5-6

請求者 氏名 協会 明子

(印)

電話 XXX (XXXX) XXXX

被保険者であった者との続柄 配偶者

このたび

貴健康保険組合の被保険者であった(記号 1234 番号 123)(被保険者氏名 協会 次郎)は、私の(続柄 配偶者)でしたが、令和 XX 年 XX 月 XX 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。

給付金振込先口座	金融機関コード	0000	支店等コード	456
	金融機関コード・名称	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 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 9 8 7 6 5 4 左づめでご記入ください。
	口座名義	※申請者と同じ		

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」
(申請者が配偶者で、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)」