地域医療振興協会 健康保険組合 JADECOM Health Insurance Organization

健康保険給付金 代表受取人選任届

申請者記入用

地域医療振興協会健康保険組合　御中

○代表受取人が記入（自署）するところ　　届出日　令和　　年　　月　　日

被保険者について	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	生前の勤務先事業所名	
	氏　名	フリガナ	生年月日	昭和 平成
代表受取人について	氏　名	フリガナ	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名または後見人氏名	フリガナ	※受取人が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族の間で上記の遺族を代表受取人に選任しましたので、上記代表受取人に被保険者が受けるべき未支給の保険給付金をお支払ください。

○同一順位の遺族が記入するところ（それぞれ自署のうえご捺印ください）

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名または後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名または後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください。

事業所受付印	組合受付印

両面印刷により提出願います。

20210401

地域医療振興協会
健康保険組合
JADECOM Health Insurance Organization

健康保険給付金 代表受取人選任届

申請者記入用

※1ページ目の記入欄が足りない場合使用してください。
〇同一順位の遺族がそれぞれ自署のうえご捺印ください。

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名 または 後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名 または 後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名 または 後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名 または 後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	

同一順位の遺族	氏　名	フリガナ 印	続柄	子（　　）・父母 兄姉弟妹・その他（　　）
	住　所	〒　　－ 都 道 府 県 電話番号　（　　）		
	親権者氏名 または 後見人氏名	フリガナ 印	※該当者が未成年の場合は、親権者又は後見人が自署してください。	