

健康保険給付金遺族支給申請書

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うえ、支給申請をいたします。

申請日：令和 年 月 日

死亡した被保険者について	被保険者であったときの被保険者証の				氏 名			
	記号		番号					
	生前の勤務先							
	死亡した当時の住所・電話番号		〒 電話番号					
	死亡年月日			死 亡	業務上ですか		第三者の行為によるものですか	
	令和 年 月 日			原 因	はい・いいえ		はい・いいえ	
	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)・高額療養費及び付加金 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	〒 電話番号						

※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	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いたします。						
	直接支払	振込口座	銀行・信用金庫 農協・信用組合					支店 出張所
		口座番号	普通				口座名	申請人に同じ
取 受 区 分 委 任	②	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 ㊟						

次頁(権利承継届)もご記入願います

【添付書類】

1. 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、当健保組合の被扶養者の場合は不要です)
2. 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

権利承継届

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

請求書氏名

⑨

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:)は、私の(続柄:)でしたが、
令和 年 月 日に死亡いたしましたので、健康保険法に基づく保険給付金等の
請求権について、私が承継いたしましたので、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、貴健康保険
組合に何らご迷惑をお掛けしないことを誓約いたします。