

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 XX 年 XX 月 XX 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	800	番号	0000	健保 太郎	
	生前の勤務先	株式会社0000				
	死亡した当時の住所・電話番号	〒104-0000 東京都中央区000-00 △△マンション●●号 電話番号 03-XXXX-XXXX				
申請人について	死亡年月日	死 亡 原因	業務上ですか	第三者の行為によるものですか		
	令和 XX 年 XX 月 XX 日		はい・いいえ	はい・いいえ		
申請人について	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	けんぼ はなこ	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和	
			健保 花子			
	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	〒 同上 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。										
		振込口座	000			銀行 信用金庫 農協・信用組合	△△△	支店 出張所				
	②	口座番号	普通	0	1	2	3	4	5	6	口座名	申請人と同じ
	取 受 区 分 委 任	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 XX 年 XX 月 XX 日

住所 東京都中央区〇〇〇-〇〇 △△マンション●●号

請求書氏名 健保 花子

電話 03-XXXX-XXXX

被保険者であった者との続柄 (妻)



この度、貴健康保険組合の被保険者であった(記号: 8〇〇 番号: 1234)
(被保険者: 健保 太郎)は、私の(続柄: 夫)でしたが、
令和 XX 年 XX 月 XX 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。