

健康保険給付金 遺族支給申請書

トップングループ健康保険組合 殿

次のとおり、被保険者が受けるべき未支給の保険給付について、権利継承届記載の通り遺族として諸証明添付の上、支給申請をいたします。

令和 年 月 日

申請人氏名

死亡した被保険者について	被保険者であった時の被保険者の記号・番号	—	氏 名	
	生前の勤務先事業所名			
	死亡した当時の住所			
	死亡原因	業務上ですか	第三者の行為によりますか	死亡年月日
		はい・いいえ	はい・いいえ	令和 年 月 日
次の給付を受けてましたか	障害年金 ・ 老齢年金 ・ 生活保護 ・ その他			
申請給付区分	傷病手当金 ・ 埋葬料(費) ・ その他			
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	
氏 名			平成	
死亡した被保険者との間柄(正確に)				
申請人は死亡した人の相続人になりますか		はい ・ いいえ		
現住所 電話番号	〒 電話 ()			

※訂正する場合、訂正印をご捺印ください。

権利承継届

トッパングループ健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

請求者 氏名

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)

氏名 ()は、私の ()でしたが、

令和 年 月 日に死亡いたしましたので、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、貴組合に
なんらご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

この申請に基づいて支給される給付金の受領については、次の口座宛に送金を
お願いいたします。

給
付
金
受
取
口
座

	銀行	本店
	信金	支店
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名	申請人に同じ	

※訂正する場合、訂正印をご捺印ください。