

健康保険 給付金等遺族支給申請書

被 保 険 者	保険証の 記号・番号	-		被保険者氏名				
	確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	業務中や通勤中に よるものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者の行為に よるものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	死亡年月日	令和	年	月	日
申 請 人	申請区分 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	相続財産に該当しないもの <input type="checkbox"/> 埋葬料（費）		相続財産に該当するもの <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 保険料還付 <input type="checkbox"/> その他（				）
	権 利 承 継 届							
	令和							
	年							
	月							
日								
<p>この度 貴健康保険組合の被保険者であった上記の者が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、私が承継致しましたので、お届けします。</p> <p>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。</p> <p>なお、この申請に基づいて支給される給付金等の受領について、以下の口座宛に送金をお願いします。</p>								
申請者氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
死亡した被保険 者との続柄				申請人は死亡した人の 相続人になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
住 所	〒							
	都 道		府 県					
	連絡の取れる電話番号		自宅	-	-	携帯	-	-
振込口座	銀行・信用金庫				本店・支店			
	他（				他（			
	金融機関コード				支店コード			
	普通	口座番号				口座名義		
						カタカナ		

■注意事項

※訂正する場合は訂正印をご捺印ください。

※申請者が被扶養者以外の同居家族の場合は、次の書類を添付してください。

マイナンバーの記載無しの住民票原本（被保険者と請求者が記載のもの）または、マイナンバー記載無しの請求者の住民
票と亡くなった被保険者の住民票の除票

※申請者が被扶養者以外の別居家族の場合は、次の書類を添付してください。

- ・死亡した被保険者との関係がわかる戸籍謄本
- ・給付を受けるべきものが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

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者