

健康保険給付金 遺族支給申請書

博報堂健康保険組合 理事長殿

次のとおり、被保険者が受けるべき未支給の保険金について、右、権利承継届記載のとおり遺族として諸証明を添付のうえ、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証の記号番号	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	
次の給付を受けましたか	老齢(障害)年金・恩給・その他()				
申請給付区分	傷病手当金・埋葬料(費)・その他()				
申請人	フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日	
	氏名				
	死亡した被保険者との間柄(正確に)				
	あなたは死亡した人の相続人になりますか	はい(第1順位・) ・ いいえ			
現住所電話番号	〒	電話 ()			

〈健保記入欄〉

同 年 月 日	常務理事	事務長	係	支給合計(見込)額
令和 年 月 日				円
申請人区分	遺族(配偶者・子・直系尊属・その他)			
給付申請区分	傷病手当金 年 月 日分迄	高額療養費 年 月診療分(本人・家族・合算)		
	埋葬料(費)・その他			
	付加給付			
不支給事由	第三者行為・業務上災害・通勤災害・その他			

健保受付印

権利承継届

博報堂健康保険組合 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()

この度

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 _____ ですが、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、貴組合にならご迷惑をおかけしないことを誓約します。

給付金受取区分	①受領委任欄	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 申請人氏名					受領代理人印
	②直接支払い希望	この申請に基づいて支給される給付金の受領について、次の口座宛てに送金をお願いいたします。					
	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	種目	口座番号(右づめで記入)			
	ゆうちょ銀行	種目コード 166	契約種コード 30	記号	1	番号(右づめで記入)	
	口座名	申請人と同じ					

※記号 5 桁のうち、中 3 桁を記入。6 桁目がある場合は※欄に記入

【注 意】

次に記載の書類を必ず添付してください。

尚、既に関係書類に添付した場合は、その旨「・・・に添付済」として承継届出欄下段余白に記載してください。

- 死亡当時、あなたと被保険者が同居していたことを証明する「住民票謄本」
- あなたと死亡された方との身分関係を明らかにする「戸籍謄本」。但し、死亡当時同居していなかった等のため、1の書類が添付できない場合のみ必要となります。

なお、被保険者が死亡当時、あなたが被扶養者であったときは、1・2の書類の添付は必要ありません。

- 給付金の受領方法は、①、②いずれか選択願います。