

健康保険給付金 遺族支給申請書

コスモエネルギー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金について、右、権利承継届記載の通り遺族として諸証明を添付のうえ、支給申請を致します。

令和 年 月 日 申請人氏名印

㊟

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 年 月 日		
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	〒 電話番号 ()				

※訂正する場合、訂正印をご捺印ください。

健保使用欄	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	
		付加給付	(本人・家族・合算)	
	不支給事由	第三者行為・業務上災害・通勤災害・その他		
支給合計(見込)額	円			

常務理事	事務長	担当

受付印

権 利 承 継 届

コスモエネルギー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 (印)
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、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。
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、次の口座宛に送金をお願い致します。

	銀行	支店
	信金	本店
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 No.	
<input type="checkbox"/> 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。

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。

1. 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」
2. 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」。ただし、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。

尚、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の書類の添付は不要です。

常務理事	事務長	担当

受付印