

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		
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、健康保険法に基づき
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。

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
事業主に委任します。

令和 年 月 日

申請人(請求者)氏名印 (印)

※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。

なお、被保険者が死亡当時、あなたが健康保険の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。

常務理事	事務長	担当

受付印