

## 健康保険給付金 遺族支給申請書

コスモ石油健康保険組合 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

⑩

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					

## 権 利 承 継 届

コスモ石油健康保険組合 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.	
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。

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。