

常務理事	事務長	担当者

健康保険給付金 遺族支給申請書

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		氏名	
		番号		生前の勤務先	
	死亡した当時の住所				
	死亡原因	業務上ですか はい・いいえ	第三者の行為によりますか はい・いいえ	死亡年月日 令和 年 月 日	
申請給付区分		傷病手当金・埋葬料・その他()			
申請人	フリガナ氏名		生年月日	昭・平 年 月 日生	
	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 ()			

権利承継届

小松製作所健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

請求者の住所
氏名 ①
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、私が承継致します。

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。

給付金受取り区分	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 _____ に委任します。 令和 年 月 日 申請人氏名 _____ ①
	直接支払	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いたします。 金融機関名 _____ 支店名 _____ 預金種別 .普通・当座 口座 NO. _____ 口座名 申請人に同じ _____

※ つぎに記載の書類を添付してください。

- 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「住民票謄本コピー」
- ②あなたと死亡された方との身分関係を明らかにする「戸籍謄本コピー」。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
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、①②の書類の添付は必要ありません。
- ③給付金の受領方法は、(受領委任欄・直接支払)いずれか選択願います。