

健康保険給付金 遺族支給申請書

コニカミノルタ健康保険組合 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、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等の記号・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
次の給付を受けていましたか		老令（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 日生
	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					

権利承継届

コニカミノルタ健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

請求者 氏名 ⑩

電話 ()

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（続柄 ） でしたが、

令和 年 月 日に死亡いたしましたので、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、貴組合になんらご迷惑をおか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は、次の口座宛に送金をお願いいたします。

銀行・信用金庫 信用組合・農協					支店 出張所			
普通・当座	口座番号							
口座名	申請人に同じ							

【添付書類】

- 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」。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。