

健康保険給付金 遺族支給申請書

玩具人形健康保険組合 理事長 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、権利継承届記載のとおり遺族として諸証明を添付のうえ、支給申請します。

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証の記号・番号	記号 —	番号 —	フリガナ 氏名		
	生前の勤務先事業所名					
	死亡した当時の住所	〒 —				
	死亡年月日	令和 年 月 日				
	死亡原因	業務上ですか	いいえ ・ はい			
		第三者の行為によりますか	いいえ ・ はい <small>※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出してください。</small>			
次の給付を受けていましたか	老齢（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	昭和 平成 年 月 日	
	氏名					
	死亡した被保険者との間柄 (子は長男等、正確に)	配偶者・子（ ）・父母・兄弟姉妹・その他（ ）				
	あなたは死亡した人の 相続人になりますか	はい ・ いいえ				
	現住所	〒 —		電話 ()		