

健康保険給付金遺族支給申請書

共同印刷健康保険組合 理事長 殿

次のとおり、被保険者が受けるべき保険給付金について、遺族として諸証明を添付の上、支給申請をいたします。

令和 年 月 日

申請人氏名

④

死亡した被保険者について	在籍時の 記号・番号	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 はい・いいえ	第三者行為の有無 はい・いいえ	死亡年月日 令和 年 月 日	
	次の給付を受けていましたか	老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ その他			
申請給付区分		傷病手当金 ・ 埋葬料（費） ・ その他			
申請人について	フリガナ				
	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日		
	死亡した被保険者との間柄				
	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 ()			

※以下は記入しないでください

			常務理事	事務長	担当
支給可否決議書					
同年月日	決裁月日	支給合計見込額			
		円			
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 日分まで		高額療養費 年 日診療分		
	埋葬料（費） ・ その他		(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				