

## 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請人氏名 共同 花子 ㊞

死亡した被保険者について	在籍時の記号・番号	記号 〇 〇	番号 〇 〇 〇 〇	氏名	共同 太郎
	生前の勤務先事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	死亡した当時の住所	△△県△△市△△町△-△-△			
	死亡原因	業務上ですか	第三者行為の有無	死亡年月日	
		はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
次の給付を受けていましたか		<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 埋葬料（費） ・ その他				
申請人について	フリガナ	キョウドウ ハナコ		生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	共同 花子			
	死亡した被保険者との間柄			妻	
	申請人は死亡した人の相続人になりますか			<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	現住所電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 △△県△△市△△町△-△-△ 電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			

※以下は記入しないでください

支給可否決議書			常務理事	事務長	担当
伺年月日	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				