

A 4 縦で出力してください。

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。

平成 年 月 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 | 番号 | 氏名 | 共同 太郎 |
| | 生前の勤務先事業所名 | 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・ いいえ | はい・ いいえ | 平成 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 | キョウドウ ハナコ | 生年月日 | 昭 ・平 年 月 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 | | はい ・いいえ | | |
| | 現住所電話番号 | 県 市 町 電話 () | | | |

※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 |
|---------|----------------------------|---------|--------------|-----|----|
| 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 | | | | |