健康保険給付金遺族支給申請書

日本赤十字社健康保険組合　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、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　　㊞

<table>
<tr><td rowspan="7">死亡した被保険者について</td><td rowspan="2">被保険者であった時の被保険者の記号・番号</td><td>記号</td><td>番号</td><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生前の勤務先事業所名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>死亡した当時の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">死亡原因</td><td>業務上ですか</td><td>第三者の行為によりますか</td><td colspan="2">死亡年月日</td></tr>
<tr><td>はい・いいえ</td><td>はい・いいえ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">次の給付を受けていましたか</td><td colspan="3">障害年金・　老齢年金</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請給付区分</td><td colspan="4">傷病手当金・埋葬料（費）・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請人について</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">死亡した被保険者との間柄（正確に）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請人は死亡した人の相続人になりますか</td><td colspan="3">はい・いいえ</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>振込口座について</td><td colspan="5">この申請に基づいて支給される給付金の受領について、次の口座あてに送金をお願いいたします。
金融機関名：　銀行　金庫　信組　農協　漁協　本店　支店　出張所　本所　支所
預金種別：　口座番号：
口座名義：</td></tr>
</table>

【注意】

1、生計を同一にしていない方が申請されるときは、次の書類を添付してください。

ア、死亡した方との関係がわかる戸籍謄本

イ、給付を受けるべき方が先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類

2、第一順位の相続人以外の方が申請されるときは、ほかの相続権者の同意書等、別途書類の提出をお願いすることがあります。

年　　月　　日

保険給付金請求権・受領権に関する同意書

日本赤十字社健康保険組合　宛

下記の保険給付金についての請求及び受領については　　様　を代表者とすることに同意いたします。

被保険者記号・番号	
被保険者氏名	
保険給付金種別	傷病手当金、高額療養費等、健康保険組合から支給されるすべての給付
請求期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日まで

保険給付金を受け取る権利のある方の記名・捺印欄

住所		氏名	㊞
住所		氏名	㊞
住所		氏名	㊞
住所		氏名	㊞
住所		氏名	㊞

※　相続人が未成年の場合には、その地位を明らかにした親権者又は後見人の記名捺印が必要です。