

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

健康保険給付金 遺族支給申請書

ADEKA健康保険組合 殿

令和 年 月 日

申請者氏名 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等<br>記号・番号 | 記号                                                                                                                                                                   | 番号           | (フリガナ)<br>氏名 |  |
|               | 生前の勤務先<br>事業所名           |                                                                                                                                                                      |              |              |  |
|               | 死亡した<br>当時の住所            |                                                                                                                                                                      |              |              |  |
|               | 死亡原因                     | 業務上ですか                                                                                                                                                               | 第三者の行為によりますか | 死亡年月日        |  |
|               |                          | はい ・ いいえ                                                                                                                                                             | はい ・ いいえ     | 令和 年 月 日     |  |
| 次の給付を受けていましたか |                          | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい ( 老齢年金・障害年金・その他 )                                                                                        |              |              |  |
| 申請給付区分        |                          | <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 高額療養費および付加金 <input type="checkbox"/> 埋葬料<br><input type="checkbox"/> 保険料還付金 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |              |  |
| 申請人           | (フリガナ)<br>氏名             |                                                                                                                                                                      | 生年月日<br>(和暦) | 年 月 日        |  |
|               | 死亡した被保険者との間柄 (正確に)       |                                                                                                                                                                      |              |              |  |
|               | 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                      | 〒<br><br>日中のご連絡先 - -                                                                                                                                                 |              |              |  |

健 保 受 付 印

|                       |           |      |     |     |
|-----------------------|-----------|------|-----|-----|
| 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 給付区分      | 対象月  | 支給額 | 支払日 |
|                       | 傷病手当金     | 年 月迄 |     |     |
|                       | 高額療養費・付加金 | 年 月迄 |     |     |
|                       | 埋葬料       |      |     |     |
|                       | 保険料還付金    |      |     |     |
|                       | その他       |      |     |     |

## 権 利 承 継 届

ADEKA健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名 ④

電話

被保険者であった者との続柄 ( )

貴健康保険組合の被保険者であった(記号 番号 )氏名( )  
は、私の(続柄 )であります。令和 年 月 日に死亡いたしました。  
健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が継承いたしましたのでお届けします。

なお、この権利の継承によって、万一係争が起きた場合、その責任は私において取り、貴組合に何ら  
ご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

この申請に基づいて支給される給付金の受領について、次の口座宛に送金をお願いいたします。

| 金融機関名 |                             |      | 支店名    |  |
|-------|-----------------------------|------|--------|--|
| 預金種別  | <input type="checkbox"/> 普通 | 口座番号 |        |  |
|       | <input type="checkbox"/> 当座 | 口座名義 | 申請人に同じ |  |

### 【注意事項】

訂正する場合は、訂正印をご捺印ください。

### 【添付書類】

次に記載の書類を必ず添付してください。なお、すでに関係書類に添付した場合は、承継届出欄下段余白に「……に添付済」と記載してください。

※申請人が被保険者の死亡当時に当健康保険組合の被扶養者であった時は、添付書類は必要ありません

1. 死亡当時、申請者と被保険者が同居していたことを証明する『住民票謄本』
2. 申請者と死亡された方との身分関係を明らかにする『戸籍謄本』

ただし、死亡当時同居していなかった等のため、1の書類が添付できない場合のみ必要となります。