

健康保険給付金遺族支給申請書 及び 権利承継届

三菱自動車健康保険組合 理事長 殿

次のとおり、被保険者が受けるべき未支給の保険給付金について、権利承継届記載のとおり遺族として支給申請をいたします。

令和 年 月 日

申請人氏名

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の記号・番号	記号	番号	氏名		
	生前の勤務先事業所名称					
	死亡した当時の住所					
	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		老齢(障害)年金・恩給・その他()				
申請を行う給付金の種類		傷病手当金・埋葬料(費)・その他()				
権利承継届	このたび 貴健康保険組合の被保険者であった (氏名) は私の _____ ですが、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡いたしましたので、健康保険法に基づく保険給付等の請求権について、私が承継いたしましたので、お届けします。					
	なお、この権利の承継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、貴組合になんらご迷惑をおかけしないことを誓約します。					
	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	申請人氏名	⑥				
	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(相続順位:第 _____ 順位)・いいえ			
住所	〒 _____				電話	()
電話番号						
給付金受取方法	この申請に基づいて支給される給付金の受領について、被保険者が勤務していた事業所の受領代理人(事業主または事業主代理人)に委任いたします。				受領代理人印	
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請人氏名 _____					

< 健保記入欄 >

支給可否	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		一部負担還元金			
		埋葬料(費)		出産手当金			
高額療養費		その他()					
支給可否	可・否		不支給事由	第三者行為・業務上災害・通勤災害・その他()			
議書	同年月日	支給合計額		常務理事	事務長	主任	担当
			円				