

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="00000"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="101"/>
	氏名・印	(フリガナ)	ケンホ 知ウ	健保 太郎	印		
住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	新宿区	△△	2-2-2	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	080 (1111) ××××					

振込先指定口座	金融機関名称	△△△	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="text" value="1"/>	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text" value="000000"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分	<input type="text" value="1"/>

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		印
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	住所	委任者と代理人との関係
	氏名・印	(フリガナ)	印	

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか
	死亡した方の 令和 3年 〇 月 〇 日	〇 〇 病	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき			
ご家族の氏名	健保 秋子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者との続柄 母
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input checked="" type="checkbox"/> 2	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	記号・番号
●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		円
亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	記号・番号
●介護保険法のサービスを受けていたとき			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	

事業主証明欄	氏名	被保険者・被扶養者の別	死亡年月日
	死亡した		日 死亡
<p><b>事業主証明欄</b></p> <p>・お勤め先の事業所に証明を受けて下さい。 ・資格喪失日以降の期間に関する申請については空欄でご提出ください。</p>			
上記のと			
事業所所			
事業所名			
事業主氏名			