

※	資格喪失後3ヶ月以内	死亡した方の氏名	被保険者・家族の別	死亡年月日					
年	日	日	同い	年	日	日	常務理事	事務長	係
書	有り・無し	分	□埋葬料 □埋葬費	3ヶ月以内	□該当 →	□重複あり	支給額		円

記入例

被保険者（本人）が死亡した場合

生年月日は被保険者（本人）の生年月日をご記入ください。

は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 伏の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	ケンボ タロウ (ケンボ ハナコ)		被保険者等記号・番号						
	氏名	健保 太郎 (健保 花子)		5	0	1	—	1	0	0
申請内容	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	60年 5月 30日	申請者住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1					
	日中の連絡先	0557 (84) 2431			死亡した家族の氏名					
申請内容	家族の死亡による申請のとき	死亡した家族の氏名			連絡先及び住所は申請される方の連絡先及び住所をご記入ください。					
	被保険者の死亡による申請のとき	被保険者の氏名			被保険者からみて申請者の立場(続柄)					
	死亡原因	心不全			死亡年月日	令和 元 年 6 月 1 日				
	※生計維持関係のない者が申請者となる場合は下欄も記入のこと									
振込先指定	埋葬年月日	年月日			埋葬に要した費用の額	円				
	※領収証(原本)または費用明細書(原本)を添付してください。									
	資格喪失後3カ月以内または傷病手当金や出産手当金支給期間中および支給終了後3ヶ月以内の死亡にかかる請求であるときは、下記に当健保組合以外の保険者(現在または以前に加入のところ)について記入									
	保険者名称	記号			番号					
振込先指定	金融機関名	〇〇 銀行・信金 信組・協組・他 〇〇 本店			※申請者以外の口座を指定する場合は下欄で受取代理人へ委任が必要です。					
	口座	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)			名義(カタカナで記入)				
受取代理人	1 1 1 0 1		ケンボ			ハナコ				
	委任者(申請者)	本申請に基づく			任します 令和 年 月 日					
	被委任者(代理人)	氏名			/受付印日付					
事業主による証明	氏名			住所			氏名			
	原則、申請者の口座を指定してください。									
	※死亡の証明として、下記いずれかの方法を選択してください									
	① 事業主から証明を得る(事業主が下欄に記入) ② 医師が発行する死亡診断書等の写しまたは公的機関									
事業主による証明	死亡した方の氏名			被保険者・家族の別			死亡年月日			
	□被保険者 □家族(被扶養者)			令和 年 月 日						
	上記の通り、事実と相違ないことを証明する 年 月 日									
	事業所所在地 電話 ()									
事業所名称										
事業主氏名										

事業主の証明があれば、死亡診断書等の添付書類は不要になります。