

健康保険給付金遺族支給申請書

慶應義塾健康保険組合 殿

次のとおり、被保険者が受ける保険給付金（傷病手当金・埋葬料（費）・一部負担還元金 等）について、遺族として支給を申請いたします。

年 月 日

申請者氏名

死亡した被保険者について記入するところ	被保険者であった時の被保険者証の記号・番号	記号	番号	氏名		
	生前の勤務先事業所名					
	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	年	月	日
障害年金や恩給等の給付を受けていましたか	はい（障害年金・恩給・生活保護・その他）・いいえ <small>※「はい」の場合には該当するものに○をつけてください。</small>					
申請者について記入するところ	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	死亡した被保険者との続柄	配偶者・子・その他（具体的に）				
	申請人は死亡した人の相続人になりますか	はい・いいえ				
	現住所	〒 -				
	電話番号					
	給付金振込先口座	銀行				支店
普通・当座 No.						