

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

健康保険組合 御中

Date of application (YY/MM/DD) ●●年●●月●●日 申請

Insured person (Circle as applicable) Insured person

勤務先事業所 SWH 部署

Establishment 内線 Ext. 111-1234

記号 Symbol 番号(氏名コードNo.)

保険証 記号・番号 ●●●● ●●●●

フリガナ ケンポ タロウ Health insurance card symbol/number

氏名 健保 太郎 Number (name code)

被保険者 フリガナ 氏名

注) 死亡診断書または埋葬許可書等の写しを必ず添付してください。

死亡した者の氏名・生年月日

氏名 健保 愛子 Relationship to insured person 妻

埋葬(葬儀)を行った年月日 ●●年●●月●●日

遺族以外の方が埋葬(葬儀)を行った場合に要した費用 ●●●●●●円

死亡年月日と死亡原因

●●年●●月●●日死亡 Date (YY/MM/DD) and cause of death

死亡原因 Cause of death 心不全 Date of death (YY/MM/DD)

ア. 在職者の被扶養者が死亡の場合 A. Death of dependent of current employee

イ. 被保険者が死亡の場合 B. Death of insured person

ウ. 退職者の被扶養者が死亡の場合 C. Death of dependent of former employee

請求者欄

上記により請求します。

上記アの場合、所属する事業所を代理人と定め受領を委任します

請求者住所 Address of claimant ●●年●●月●●日

氏名 健保 太郎 Name

続柄 Relationship 健印 Seal

TEL ●●●●-●●●●-●●●●

To be filled out by the claimant

健保支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額				
				万	千	百	十	円
				埋葬料(費) ￥				
死亡年月日	平成	年	月	日	備			
被保険者の資格	年	月	日	取得				
	年	月	日	喪失				
Benefits will be paid on the payday of the month after the month in which the documents are received.								
資格	年	If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.						

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください

任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.