

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		申請者の氏名・印			生年月日	
	—		ワカナ Ⓢ			昭和 平成 年 月 日	
	住所					連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
	〒 —						
	事業所 名称			所在地			
	〒 —						
	被保険者が死亡したとき		死亡した方の氏名		生年月日		申請者との身分関係
					昭和 平成 年 月 日		
	被扶養者が死亡したとき		死亡した方の氏名		生年月日		被保険者との続柄
					昭和 平成 令和 年 月 日		
死亡の原因				死亡した日	令和 年 月 日		
第三者行為による死亡ですか	1.はい 2.いいえ	埋葬した日	被保険者が死亡した場合で生計維持関係がない方が申請した場合に記入				
		令和 年 月 日	埋葬に要した費用			円	
死亡した方が資格喪失後または加入3ヶ月以内に死亡した場合	資格喪失後または加入3ヶ月以内に死亡した場合、死亡当日または加入3ヶ月前に加入していた健康保険について						
保険者名		被保険者氏名		続柄	記号番号		

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。

※死亡診断書(写)の添付があれば、事業主証明欄の記入は不要です。

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名		1.被保険者(本人)		死亡した年月日	
			2.被扶養者(家族)		令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				証明日 令和 年 月 日	
		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				Ⓢ

※被保険者本人が死亡した場合で、給付金の受領を委任しない場合は、口座を指定してください。

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	ワカナ		
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)		

受 取 代 理 人 の 欄	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 記入日 令和 年 月 日				
	申請者	住所			Ⓢ
		氏名			
	代理人	住所			Ⓢ
	氏名				受付印