


提出日

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

請求者が記入するところ	※下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続・特例退職は除く）					
	被保険者証	記号	999	事業所名称	〇〇〇株式会社	
		番号	99999	所属	〇〇〇部〇〇課	
	請求者氏名	健保 花子 		生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
	請求者住所	〒 530 - 〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇区〇〇1-1-1			被保険者との続柄	妻
	死亡原因（病名）	肺がん		死亡した年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
	※1 第三者の行為によるものですか		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	被保険者と請求者の生計維持関係の有無	有 / 無	
	被扶養者が死亡した時	被扶養者（家族）氏名	〔続柄〕		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者が死亡した時	被保険者氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日
		※2 埋葬した年月日		令和 年 月 日	※2 埋葬に要した費用の額	円
※3 備考						

※1 死亡理由が第三者行為によるものである場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。


※2 「埋葬した年月日」欄及び「埋葬に要した費用の額」欄は埋葬費の請求を行う場合のみご記入ください。埋葬費とは、埋葬を行う生計維持関係のある方がいない場合において、実際に埋葬を行った方に対し支払われるものです。

※3 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）を申請者が健保に直接持参してください。

証明業務するところ	死亡した者の氏名	死亡年月日	平成 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する		
	令和 年 月 日		

## 事業主記入欄

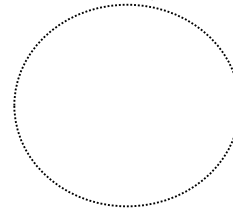
※特退・任継の方は空欄で結構です。

事業所の所在地  
事業所の名称  
事業主の氏名 

	課長	係長	係
所 属			

資格関係
資格喪失日
( 年 月 日喪失)
法第105条該当

受付印



## ◆添付書類

死亡した者	請求者	添付書類
被扶養者	被保険者	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し
被保険者	被扶養者	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し
	被扶養者でなく 生計維持関係あり	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し 2. 被保険者との続柄を証明する書類の原本（戸籍謄本等の原本）
	被扶養者でなく 生計維持関係なし	1. 「死亡診断書」または「火葬・埋葬許可証」の写し 2. 請求者の身分を証明する書類（住民票の原本） 3. 葬儀に要した費用の領収証の原本（埋葬費請求者の名義であること）

○その他、別途必要な書類を提出いただく場合があります。