

|                                                         |                |                                          |    |                                                            |                                                 |   |   |
|---------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br><br>情<br>報 | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号                                       | 番号 | 生年月日                                                       | 年                                               | 月 | 日 |
|                                                         |                |                                          |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 |                                                 |   |   |
|                                                         | 氏 名            | フリガナ<br>-----                            |    |                                                            |                                                 |   |   |
|                                                         | 住 所            | ( 〒                      )               |    |                                                            | 都 道<br>府 県                                      |   |   |
|                                                         |                | TEL (日中の連絡先)<br>(                      ) |    | <input type="checkbox"/>                                   | 本申請書の提出を事業主へ委任します。<br>(委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。) |   |   |

※下記確認欄へ☑をお願いします。

|                          |                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 確認欄                      | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。                               |
| <input type="checkbox"/> | ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。 |

|                  |                      |                                                                              |                         |
|------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 委<br>任<br>状<br>欄 | 被保険者<br>（申請者）        | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。                                               | 令和      年      月      日 |
|                  |                      | 氏 名                                                                          | 住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ   |
|                  | 代理人<br>(健保口   口座名義人) | ( 〒                      )                                                   | 令和      年      月      日 |
|                  |                      | 事業所所在地<br>事業所名称<br>氏 名<br>電話番号                      (                      ) |                         |

|                  |        |                                                                                        |
|------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 受<br>取<br>口<br>座 | 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>(利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。) |
|------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます>>

【付加給付について】  
令和3年4月1日以降の死亡より、法定給付50,000円に加えて  
100,000円が付加金として支給されます。  
※資格喪失後の死亡は、付加金は支給されません。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、  
正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|

受付印

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
|--------|--|

|                                                      |                                                      |    |               |        |                                      |                             |                             |            |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----|---------------|--------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| 申請内容                                                 | 死亡年月日                                                | 令和 | 年             | 月      | 日                                    | 死亡原因                        |                             |            |
|                                                      | 第三者行為によるものですか                                        |    | 1. はい         | 2. いいえ | 左記で1. はいの場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 |                             |                             |            |
|                                                      | ●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき                             |    |               |        |                                      |                             |                             |            |
|                                                      | ご家族の氏名                                               |    | 生年月日          |        | <input type="checkbox"/> 昭和          | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 被保険者との続柄   |
|                                                      | 亡くなられた家族について、他の健康保険組合や国民健康保険等から埋葬費を受給していますか。         |    |               |        | 1. 受給した／受給予定                         |                             |                             | 2. 受給していない |
|                                                      | 上記で1. 受給した／受給予定の場合は埋葬費を受給した健康保険等の保険者名と記号・番号をご記入ください。 |    |               | 保険者名   |                                      | 記号・番号                       |                             |            |
|                                                      | ●被保険者が死亡したための申請であるとき                                 |    |               |        |                                      |                             |                             |            |
|                                                      | 被保険者の氏名                                              |    | 被保険者と申請者の身分関係 |        |                                      |                             |                             |            |
|                                                      | 埋葬した年月日                                              | 令和 | 年             | 月      | 日                                    | 埋葬に要した費用の額                  |                             | 円          |
|                                                      | 亡くなられた方について、他の健康保険組合や国民健康保険等から埋葬費を受給していますか。          |    |               |        | 1. 受給した／受給予定                         |                             |                             | 2. 受給していない |
| 上記で1. 受給した／受給予定の場合は埋葬費を受給した健康保険等の保険者名と記号・番号をご記入ください。 |                                                      |    | 保険者名          |        | 記号・番号                                |                             |                             |            |

|          |                    |  |             |              |       |    |   |   |   |
|----------|--------------------|--|-------------|--------------|-------|----|---|---|---|
| 事業主証明欄   | 死亡した方の氏名           |  | 被保険者・被扶養者の別 | 被保険者<br>被扶養者 | 死亡年月日 | 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           |  |             |              |       |    |   |   |   |
|          | 事業所所在地             |  |             |              |       |    |   |   |   |
|          | 事業所名称              |  |             |              |       |    |   |   |   |
|          | 事業主氏名              |  |             |              |       |    |   |   |   |
| 電話番号 ( ) |                    |  |             |              |       |    |   |   |   |