

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証	記号 123	番号 567	生年月日	昭平令 40 年 5 月 1 日	
	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎				
	住 所	〒 123 - 4567 東京 都府県 〇〇区 ×× 1 - 2 - 3 - 401				
	事業所名称	△△ガラス株式会社		電話番号 (日中の連絡先)	03 (1234) 5678	
			提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

▶ 被保険者が亡くなった場合であっても、「被保険者証記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▶ 「氏名」「住所」「電話番号」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

申 請 内 容	死亡年月日	平令 2 年 9 月 1 日	死亡原因	心筋梗塞		第三者行為に よるものですか	はい いいえ
	亡くなられた方	☐ 被保険者 ▶ ①へ ☒ 家族(被扶養者) ▶ ②へ					
	① 被保険者	被保険者からみた 申請者との身分関係	葬祭した 年月日	平令 年 月 日	葬祭に要した 費用の額	万円	
	② 家族	その方の 氏名	健 保 花 子	生年月日	昭平令 41 年 6 月 8 日	続 柄	妻

事 業 主 証 明 欄	亡くなられた方 の氏名	健 保 花 子	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	死亡年月日	平令 2 年 9 月 1 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 2 年 10 月 Δ 日				
	所在地	東京都 〇〇区 ×× 1 - 2 - 3			
	事業所名称	△△ガラス株式会社			
	事業主氏名	代表取締役 〇山 Δ男	TEL	03 (8765) 4321	

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。 令和 2 年 10 月 Δ 日			
		住 所	東京都 〇〇区 ×× 1 - 2 - 3 - 401		
		氏 名	健 保 太 郎		
	受任者 (事業主)	住 所	東京都 〇〇区 ×× 1 - 2 - 3		
	事業所名	△△ガラス株式会社			
	氏 名	代表取締役 〇山 Δ男			

◎被保険者(申請者)口座への振込みをご希望の場合は記入してください。 ※通帳の写しを添付してください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()
		支店・本店・出張所 その他()
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他()
	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	

受付日付印

確認欄	☒	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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。
-----	-------------------------------------	--

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名 健 保 太 郎	
-----	---	--

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を
二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の
氏名(サイン)をご記入ください。