

遺族支給に係る健康保険給付金および保険料還付金申請書

KDDI健康保険組合 殿

次のとおり、被保険者が受けるべき未支給の保険給付金および保険料の還付金について、次頁、「権利承継届」記載の通り遺族として諸証明を添付のうえ申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名・印 _____ ㊟

| | | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-------------------------------|--------------|------|----------------|---|---|---|
| 死亡した被保険者について | 被保険者であった時の被保険者証の記号・番号 | 記号 | 番号 | 氏名 | | | | |
| | 生前の勤務先事業所名 | ※任継、特退は記入不要 | | | | | | |
| | 死亡した当時の住所 | 〒 | | | | | | |
| | 死亡原因 | 業務上ですか | 第三者の行為によりますか | | 死亡年月日 | | | |
| | | はい・いいえ | はい・いいえ | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 次の給付を受けていましたか | 老齢（障害）年金・恩給・その他（ ） | | | | | | |
| | 申請区分（該当項目すべてに○） | 療養給付金・傷病手当金・埋葬料（費）・保険料・その他（ ） | | | | | | |
| 申請人 | フリガナ氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 死亡した被保険者との間柄（正確に） | | | | | | | |
| | あなたは死亡した人の相続人になりますか | はい（第1順位・ ）・ いいえ | | | | | | |
| | 現住所 | 〒 | | | | | | |
| 日中つながる電話番号 | TEL - - | | | | | | | |

支給 / 還付可否決議書（健保記入欄）

| | | |
|-------------|----------------------|--------------|
| 受付月日 | 決裁日 | 支給合計（見込）額 |
| 申請人区分 | 遺族（配偶者・子・直径尊属・その他） | |
| 給付 & 還付申請区分 | 傷病手当金 年 月 日分迄 | 高額療養費 年 月診療分 |
| | 埋葬料（費）・その他 | （本人・家族・合算） |
| | 付加給付 | 保険料還付 |
| 不支給事由 | 第三者行為・業務上災害・通勤災害・その他 | |

(20190501改訂)

権利承継届

KDDI健康保険組合 殿

令和 年 月 日

| | | | |
|-----|---------------|--|---|
| 申請者 | 住所 | | |
| | 氏名 | | Ⓜ |
| | 電話 | | |
| | 被保険者であった者との続柄 | | |

このたび
貴健康保険組合の被保険者であった（記号： _____ 番号： _____）氏名 _____ は、私の _____ ですが、
平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡いたしましたので、健康保険法に基づく保険給付金（傷病手当金／埋葬料（費）
／高額療養費／付加給付金）の請求権、および保険料還付金について、私が承継致しましたので、届け出ます。
なお、この権利の承継によって万一係争が起きた場合、一切の責任は私が負い貴組合になんらご迷惑をお掛けしないことを
誓約します。

| | | | | |
|---|---|---|----------------------|---|
| 給 付 金 等 受 取 り 方 法 | この申請に基づいて支給される給付金（傷病手当金／埋葬料（費）／高額療養費／付加金）および、 保険料の還付金受領について、次の口座宛に送金をお願い致します | | | |
| | 銀行名 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 | 支店名 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 |
| | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 出張所 |
| | 預金種別 | 口座番号 | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="text"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> 当座 | 口座名義（カナ） <input type="text"/> | | |

- 埋葬料（費）申請の際には、次に記載の書類を必ず添付してください。
尚、既に関係書類に添付した場合は、その旨「・・・に添付済」として「権利承継届」の余白に記載してください。
- 1. 「遺族支給に係る健康保険給付金および保険料還付金申請書」
 - 2. 「権利承継届」
 - 3. 被保険者との関係性を示す書類（例：戸籍（除籍）謄本（抄本）、住民票の除票。いずれも原本※）
⇒被扶養者様が申請する場合には、「3.」は不要です。
 - 4. 死亡した事実がわかる書類（例：死亡診断書（写）、死体検案書または検視調書（写）、埋葬（火葬）許可証（写）、
亡くなった方の戸籍（除籍）謄本（抄本）（原本※）、住民票の除票（原本※）
 - 5. 通帳またはキャッシュカード（写）
※戸籍謄本等の原本は当健保にてご確認出来次第ご返却いたします。

注意事項

1. 当健保にて月末迄に支給決定した給付金は、翌月20日（土日祝日の場合にはその前日）に申請者指定の口座にお振り込みします。
2. 当健保に当月20日（土日祝日の場合にはその前日）迄に「権利承継届」が到着した場合、保険料の還付金は、その月の末日（土日祝日の場合にはその前日）に申請者指定の口座にお振り込みします。

(20190501改訂)