

常務理事	事務長	担当者	

Application for payment of health insurance benefits for surviving family members

健康保険給付金遺族支給申請書

Enter the symbol and number described in the "Notice of Credentials" instead of the My Number.

受けるべき未支給の保険給付金について、遺族として諸証明を添付の

うえ、支給申請書と致します。

As for the unpaid insurance benefits to be received by the insured, I will file an application as a surviving family member, attaching various certificates.

About the deceased insured

令和 ○○年 ○○月 ○○日

Health Insurance Symbol/Number

死亡した被保険者について	被保険者としてあった時の被保険者等記号・番号	氏名
	記号 3 3 ○ × 番号 1 2 0 × × × × ×	○村 ○郎
	生前の勤務先	○券株式会社 ○○支店
	Address	東京(都)道 ○○市(区)府県 郡
死亡した被保険者の住所	○町○-○-○	
	死亡月日	Date of death
	令和 ○ ○ ○ ○ ○	
申請人について	Name of Insured Person	Date of Birth
	氏名 ○村 ○子	生年月日 昭和 平成 ○ ○ ○ ○ ○
	Relationship	配偶者(子( )・父・母・兄・姉・弟・妹・その他( ))
申請人について	The applicant is the heir of the deceased. Yes はい/No いいえ	はい
	〒	都道府県 市区郡
	現住所	同上

Health-insurance benefit payee

給付金振込先	この申請に基づいて支給される給付金の受領について次の口座宛に送金をお願い致します。			
	Bank	銀行・信用金庫	支店コード	Branch
	○○○○ ○○○	信用組合・農協	○○○	××× 支店・出張所
	Account Number	口座番号	口座名	Bank Account Name
	1 1 1 × × × × ×			

Notification of Succession of Rights

権 利 承 継 届

野村証券健康保険組合 理事長殿

Date

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

Address of Insured Person

住所 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

Name of Insured Person

請求者氏名 〇村 〇子

Telephone Number

電話 03 ( ×××× ) ××××

Relationship

被保険者であった者との続柄 ( 妻 )

この度

貴健康保険組合の被保険者であった(記号 33〇× 番号 120×××× )

(被保険者氏名 〇村 〇郎 )は、私の(続柄 夫 )でしたが、令和〇〇年〇〇月〇〇日に死亡致しました。健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が承継致しましたので、お届けします。

なお、この権利の承継によって万一係争が起きた場合、その責任は私において取り貴組合に何らご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

(Symbol 33〇× Number 120××××)(Name 〇〇〇〇), who was an insured person of your health insurance society, was my (Relationship 〇〇) and died on yyyy/mm/dd. I have succeeded to the right to claim insurance benefits based on the Health Insurance Law. In the unlikely event that any dispute arises due to this succession of rights, I pledge that I will be responsible and will not cause any inconvenience to your society.

【添付書類】

1. 死亡した者との関係がわかる戸籍謄本 (コピー可)  
(申請人が配偶者で、当健保組合の被扶養者の場合は不要です。)
  2. 配偶者以外のものが申請する場合、先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類
- ※第1順位以外の相続人が申請されるときは、別途書類を提出いただくことがあります。

【Attached documents】

1. A copy of the family register showing the relationship with the deceased person (photocopies are acceptable)  
(It is not necessary if the applicant is a spouse and a dependent of this health insurance association.)
  2. If a person other than the spouse applies, a document that can prove that he/she is the heir in the first order document that can reveal that
- \*If a person other than the heir in the first order applies, separate documents must be submitted.