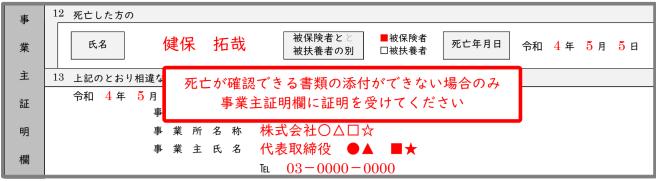
*	同 年 月 日	令和	年 月	目 日	ą	常務理事	事務長	:	担	l当者	
	決済年月日	令和		日		Leo	ᆂ사시	/ 非トン	- \	/Ed	
支	支 給 金 額	百万 拾万 万	+	百十	円	理	弈料	(費)訂	占人	19]	
給	A + B					(被	保険者本	人が死亡	した場	合)	
支	支給金額内訳	A 法 定			F						
払	2,10 2 5,13 5,1	B付加			円	喪失年	手月 日	令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	(第	級)	死亡年	手月日.	令和	年	月	日
決							受	付日付印			
議書	備考	当組合記入欄									

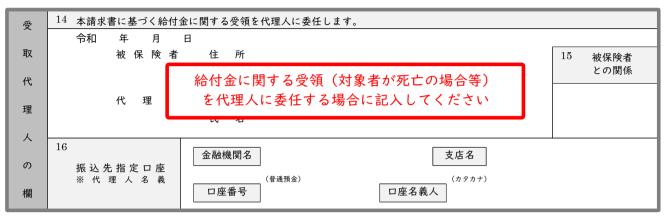
フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

		口豕							
被	2 被 保 険 者 証 記 号 · 番 号	123 - 45678	3 被保険者氏名 (申請者氏名)	健保	桜				
	4 被保険者(申請	〒105−0000 東京都	港区●●●1-2-3	フォーラム123					
保	者)の現住所			TEL 080-1111-	0000				
	5 死亡した方の 死亡年月日	令和 4 年 5 月 5 E	6 死亡原因	膵臓タ	虚				
険	7 6 の死亡原因が	負傷原因届を併せ	てご提出ください。						
	ケガによる場合	※負傷の原因が第三者の行	「為による場合は「第三者行為によ	る傷病届」も提出してください。					
者	8 被扶養者(家族)が死	亡したための申請であるとき							
	被扶養者氏名		□昭和 生年月日 □平成	年 月 日 とのは					
_			□令和	20)粉					
		Eは、退職などにより健康保険 着てはまる方ですか?	の資格喪失後に被扶養者として	て認定された方であって、					
申		カ月以内に亡くなられたとき			口はい				
	B 資格喪失後、傷	鳥病手当金や出産手当金を引き	売き受給中に亡くなられたと	ŧ	□いいえ				
請		の受給終了後、3ヵ月以内にt い」の場合、亡くなられた家が		7 並に加入していた 健康児	股 の伊隆 老 夕				
213		にい」の場合、こくなられた家が 己入してください。	矢が似伏俊有として認定された	9 削に加入していた健康体	快の体性有石				
者	保険者名			記号・番号	_				
	9 被保険者が死亡したための申請であるとき								
	被保険者氏名	健保 拓哉	被保険者からみた申請者との	身 公問区	妻				
	1X IX IX IX IX IX IX	KW 100		2 7 1×1/1	y				
が	埋葬した年月日	令和 4 年 5 月 7 日	埋葬に要した費用の額		円				
<u>-</u>	L ₉₋₁ 亡くなられた方に	は、退職などにより当健保組合の	の被保険者資格の喪失後に家庭	族の被扶養者となった方					
記	であって、次のいずれかに当てはまる方ですか?								
		ヵ月以内に亡くなられたとき §病手当金や出産手当金を引き	売き受給中に亡くなられたと [。]	<u>*</u>	■いいえ				
人	C 資格喪失後、B	の受給終了後、3ヵ月以内にで	こくなられたとき						
	上記 $9-1$ で「はい」の場合、亡くなられた方が当健康組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者として加入し $9-2$ ていた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。								
す	保険者名			記号・番号					
	体恢有右			<u> 記号:併号</u>	_				
る	10 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名	▲■銀行	店名 ▲■★	支店				
	※被保険者が亡くなられ	(普通預金)		<u></u> (カタカナ)					
۲	たた場合は申請者名義	口座番号 7654		ケンポ サクラ	5				
	11	A 家族の方が埋葬した場合							
2	添付が必要となる 書類です。申請さ		火葬許可証写し」、「死亡診 ただし、2枚日の恵業主証F						
	れる前に必ず確認 R 家族でかいち(ちょかど)が埋葬した場合								
3	してください。	□ Aの書類と一緒に埋葬に要した費用の「領収証原本」と「明細書」を添付してください。							



【留意事項:事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。



*	同 年 月 日	令和	年	月 日		常務理事	事務長	:	担	l当者	
	決済年月日	令和	年	月 日			برا المار مار	1 4시 스-		/T.I	
支	支 給 金 額	百万 拾万 万	1 1	百十	円	涿	族理	葬料訂	人	列	
給	A + B					(被	扶養者家	族が死亡	した場	合)	
支	支給金額内訳	A 法 定			F						
払	2,10 2 5,13 5,1	B付加			円	喪失年	手 月 日	令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	(第	級)	死亡年	手月日_	令和	年	月	日
決							爱	付日付印			
議書	備考	当組合記入欄									

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

	口家族ーノー・ハー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー
被被	2 被 保 険 者 証 記 号 · 番 号 123 - 45678 3 被保険者氏名 (申請者氏名) 健保 拓哉
保	4 被保険者(申請 〒105-0000 東京都港区●●1-2-3 フォーラム123
	5 死亡した方の 令和 4年 5月15日 6 死 亡 原 因 心筋梗塞
険	7 6 の 死 亡 原 因 が ケ ガ に よ る 場 合 ※負傷の原因が第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」も提出してください。
者	8 被扶養者(家族)が死亡したための申請であるとき
	世報報表表表 は は は は は は は は は は は は は は は は は
	8-1 亡くなられた家族は、退職などにより健康保険の資格喪失後に被扶養者として認定された方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか?
申	A 資格喪失後、3 ヵ月以内に亡くなられたとき B 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ■いいえ
請	C 資格喪失後、B の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき
者	保険者名 記号·番号 —
	9 被保険者が死亡したための申請であるとき
	被保険者氏名 被保険者からみた申請者との身分関係
が	埋葬した年月日 令和 年 月 日 埋葬に要した費用の額 円
記	9-1 亡くなられた方は、退職などにより当健保組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか?
人	A 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき B 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき □いいえ
	C 資格喪失後、B の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき 。。上記 9-1 で「はい」の場合、亡くなられた方が当健康組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者として加入し
す	9-2 ていた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。 記号・番号 記号・番号
る	10 振込先指定口座 ※被保険者本人名義
٤	※被保険者が亡くなられた場合は申請者名義 (普通預金) 1234567 口座名義人
2	11 <u>A 死亡が確認できる書類として</u> 添付が必要となる 書類です。申請さ ちーつを添付してください。ただし、2 枚目の事業主証明欄に証明を受けられる場合は不要。
3	れる前に必ず確認 してください。



【留意事項:事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。

