村田製作所健康保険組合　御中

年　　月　　日

保険給付金請求書

請求者（相続人代表）住所

氏名

電話番号

死亡した被保険者との続柄

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る健康保険給付金の請求及び受領を行うことを申請いたします。なお、他の相続人に対しましては、私（請求者）が責任をもって異議のないように処理し、村田製作所健康保険組合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人（死亡した被保険者）	被保険者証記号番号	氏名	生年月日
	ー		年　　月　　日
	住所		死亡年月日
			年　　月　　日

振込先口座（請求者名義の口座）	金融機関コード		支店コード	
	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店	
	種別	口座番号（右詰め）	口座名義（カタカナ）	
	□ 普通 □ 当座			

【添付書類】
□相続権を確認できる書類（戸籍謄本の写し等）

【提出するとき】
被保険者（従業員）がお亡くなりになったとき

【注意事項】
●振込先は請求者の口座を、預金通帳を見て正しくご記入ください
●ボールペン又はペンでご記入ください
●退職後1か月以内に届くようご提出ください
●当請求書をご提出いただいても、給付金が発生しない場合がございますので予めご了承ください
●給付金を支給する場合は、給付金支給決定通知書をお届けします

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。