

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入下さい。

※被保険者記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の 記号	番号	生年月日
	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
			<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
氏名	(フリガナ)		
住所	(〒 -)	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	()		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="text"/> 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点（ ）半濁点（ ）は1字としてご記入下さい。 <input type="text"/>	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「2. 代理人」の場合は必ず受取代理人欄に記入下さい。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	被保険者との 関係
	住所	(フリガナ)	
	氏名		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

常務理事	事務長			

被保険者氏名		※被保険者・事業主記入用	
申請内容	死亡年月日	死亡原因	第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。
	死亡した方の 令和 年 月 日		
	●家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき		
	ご家族の 氏名	生年 月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
亡くなられた家族は、退職などにより健保組合などが運営する健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方であって、次のいずれかに当てはまる方ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ	
「はい」の場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名 記号・番号 -	
●被保険者が死亡したための申請であるとき			
被保険者の 氏名	被保険者からみた 申請者との身分関係	埋葬した 年月日	令和 年 月 日
埋葬に要した費用の額 円		
亡くなられた方は、退職などによるリゾートトラスト健保組合の資格喪失後、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。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②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 ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき		<input type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ	
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名 記号-番号 -	

事業主 証明 欄	死亡した方の 氏名	被保険者・被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日 令和 年 月 日死亡
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主名		TEL ()	