

みずほ健康保険組合 御中

		① 提出日		令和	年	月	日	
② 被保険者等の	記号 ○○○○	番号 ○○○○○○○○	③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	○	年	○	
④ 事業所名称	株式会社○○○○○		⑤ 所属部室店	○○○支店				
被保険者の (※申請者) ↓ ※被保険者が 死亡した場合は申請者についてご記入 下さい	⑥ 氏名	みずほ 太郎		⑦ 被保険者との続柄	本人			
	⑧ 住所 電話番号	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 連絡先(昼間)の電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○						
	● 被保険者が死亡した場合の申請のみ、申請者の振込先口座をご記入ください。							
	⑨ 振込先 口座	金融機関名	銀行	支店名	本店 支店 出張所			
	預金種別	口座番号	口座名義(フリガナ)					
	普通 当座							
死亡した方の	⑩ 氏名	みずほ 花子		⑪ 生年月日	昭和 平成 令和	○	年	
	⑫ 死亡 年月日	令和	○	年	○	月	○	
	⑭ 死亡の 原因	A 業務(通勤)中ですか	はい・いいえ → 「はい」の場合はBへ					
		B 業務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	はい・請求中・未請求					
		傷病の原因は他人の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	はい・いいえ 「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。					
● 被保険者が死亡した場合の申請で、下記【添付書類】表の申請する人(C)の場合のみご記入ください。								
⑮ 埋葬(葬儀) をした年月日	令和	年	月	日	⑯ 埋葬に 要した費用	円		

事業主の 証明欄	⑰ 死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別 被保険者・被扶養者 (該当に○をしてください)	死亡年月日	令和	年	月	日
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	担当者		
	事業所の所在地 名称 事業所又は代理人の氏名	事業主の証明欄は在職者のみ使用可能です。			連絡先			

※ 訂正箇所には訂正印(事業主印)を押印願います

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

【添付書類】 ※ 申請内容により下記の添付書類の他に提出をお願いする場合があります。

死亡した人	申請する人	添付書類
本人 (被保険者)	(A) 健康保険の被扶養者	① 死亡が確認できる書類 ※1
	(B) 健康保険の被扶養者では無いが被保険者と生計維持関係がある方(同居していた家族や仕送りを受けていた家族など)	① 死亡が確認できる書類 ※1 ② 住民票除票(被保険者が記載されているもの) ③ 住民票(申請者が記載されているもの) 別居の場合は、①～③に加え、④もご提出下さい ④ 生計維持関係がわかる書類 ※2
	(C) 被保険者との生計維持関係は無く、実際に埋葬を行った方(別居の親・兄弟姉妹など)	① 死亡が確認できる書類 ※1 ② 埋葬に要した費用の領収証・明細書 (注1)宛名が申請する人であること (注2)原本であること(確認後返却) (注3)死亡した人の葬儀である記載があること
家族 (被扶養者)	(D) 被保険者	① 死亡が確認できる書類 ※1

※1 死亡が確認できる書類 (次のいずれか1点)

- ・ 事業主の証明・・・在職者のみ (事業主が帳票内の証明欄に記載)
- ・ 死亡診断書又は死体検案書の写し
- ・ 埋葬許可証又は火葬許可証の写し
- ・ 亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票(除票)など

※2 生計維持関係がわかる書類 (次のいずれか1点)

- ・ 定期的な仕送りの事実がわかる預金通帳や現金書留の写し
- ・ 被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など

【送付先】 ・ 行内メール ⇒ 行内メール番号:150000
大手町本部ビル気付 24階 みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
・ 郵便 ⇒ 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛