

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	従業員 番号	※事業主から指示があった場合のみ記入	
	事業所	会社 名称	所属 部署			
申請者	氏名	(フリガナ)	確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	()	()
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
申請内容	死亡した方の 氏名	死亡年月日 令和 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「第三者行為による 傷病届」を別途ご提出いただきます		
	●家族(被扶養者)が死亡した場合					
	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	
	●被保険者が死亡した場合					
被保険者の 氏名	被保険者からみた 申請者との身分関係					
埋葬費の申請に該当する 場合のみ記入	→	埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した 費用の額		円
受取方法	1	<input type="checkbox"/>	被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、 1236、1240 →本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1(事業主経由で支給)	指定口座	<input type="checkbox"/> a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します 注) 本人埋葬料(費)を申請する場合は、公金受取口座を利用できません	
	2	<input type="checkbox"/>	被保険者等の記号1219の任意継続の方 →登録口座へ振込み		金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本店 支所 その他() 支店コード() 出張所
	3	<input type="checkbox"/>	1、2以外の方 →指定口座に振込み 3.を選択した場合、右記a、bどちらか記入		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号
				口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)	
※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任扱いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入						
事業主証明欄	死亡した方の 氏名	被保険者・被扶養者の別		死亡年月日		
		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	令和 年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日					
	事業主所在地					
事業主名称						
事業主氏名				電話	()	()

マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください

受付印	支払印
-----	-----