

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			被扶養者 番 号	給付記録 番 号	受 取 代 理 人	受 付 年 月 日				
	①	②	③	5:昭 7:平	年	月	日	*	*	* 0:無 1:有	*	年	月	日
	⑤ 被保険者 氏名と印			(フリガナ)			⑥ 勤務先 (配属先) 事業所の	(ア) 名 称						
				⑦ (フリガナ)			(イ) 所在地							
	⑦ 被保険者 の 住 所			郵便番号			(フリガナ)				(電話番号)			
	⑧ 死亡年月日			平成	年	月	日	⑨ 埋葬した年月日	※ 平成・令和 年 月 日					
				令和				⑩ 埋葬に要した費用	※ 円					
	⑪ 死亡原因							⑫ 第三者の行為による ものですか	0:いいえ 1:はい					
	● 被扶養者が死亡したための申請であるとき													
	⑬ 被扶養者の		(ウ) 氏名				(エ) 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(オ) 被保険者 との続柄		
● 被保険者が死亡したための申請であるとき														
⑭ 申請者 氏名と印						⑮ 被保険者からみた申請者との 身分関係								
⑯ 申請者 の 住 所			郵便番号			(フリガナ)				(電話番号)				
⑰ 亡くなられた方は、退職等により日本年金機構健康保険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、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 (1) 資格喪失後、3ヵ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ヵ月以内に亡くなられたとき							・はい → (1)に該当 (2)に該当 (3)に該当 ・いいえ (○で囲んでください。)							
⑱ 上記⑰で、「はい」と答えた場合、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・番号を記入してください。							保険者名							
							記号・番号		記号 番号					
● 介護保険法のサービスを受けていたとき														
市町村番号				受給者番号				発行機関名						
振 込 希 望 口 座	金融機関	銀行 金庫 信組						本店 支店						
	預金種別	1. 普通 2. 当 座	口座 番号				口座名義	(フリガナ)						
事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した方 の 氏 名			死亡した方			被保険者 被扶養者		死亡した 年 月 日		平成・令和 年 月 日死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明する。													
	事業所所在地			東京都杉並区高井戸西3-5-24										
	事業所名称			日本年金機構										
事業主氏名						⑲	電話 03(5344)1100							

(注) ⑨⑩欄は、埋葬費の申請の場合のみ記載してください。