事業所担当者 確 認 印

←任継・特退の加入者は押印不要

金　　額
￥５０，０００－

ＧＬ	担当者	担当者

≪申請から給付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

任意継続・特例退職 の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認証等で確認できる「記号」と「番号」をご記入ください

選択肢の有る項目は、該当を○で囲んでください

※太枠の中を記入して下さい。

被保険者等 記号	被保険者等 番号	死亡した被扶養者（家族）の氏名	生年	性別	続柄
７６	５４３２１	富　士　康一郎	昭・平・令　２８年	男・女	父

死亡年月日	令和 ５ 年１２月１８日	埋葬(予定) 年 月 日	令和 ５年１２月２３日
死亡原因	心　不　全		
第三者の行為によって死亡した場合には、その事実並に住所氏名			

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。	備考欄	

上記の通り申請いたします。
また在職期間中に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
申請した内容に不明な点が有った場合、富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関等に対して、内容照会を行うことおよび当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

令和 ６ 年 １ 月 ５ 日

富士フイルムグループ健康保険組合
理事長殿

被保険者　住　所　南足柄市狩野 4-3-2　103 号

氏　名　富　士　太　郎

死亡に関する事業主の証明 (任継・特退は不要)	令和　年　月　日 死亡したことを証明する。	事業主の 住所	印

在職中の方は、事業主の証明が必要です

※　時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。
※　任継・特退の方が請求する場合、事業主の証明に代えて「死亡の証明書」を添付してください。