

# 権利継承届

令和 年 月 日

玩具人形健康保険組合 理事長 殿

住 所 :

氏 名 :

請求人

電話番号 :

被保険者であった者との続柄 :

この度、貴健康保険組合の被保険者であった(被保険者証)記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_ は、私の(続柄) \_\_\_\_\_ でしたが  
令和 年 月 日に死亡しましたので、健康保険法に基づく保険給付金等の請求権  
について、私が継承しましたので、お届けいたします。

なお、この権利の継承によって万一係争が起きた場合は、その責任は私において取り、  
貴健康保険組合になんらご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

給付金等の支払いがある場合は、下記の口座にお振込みください。

|     |                |         |    |
|-----|----------------|---------|----|
| 振込先 | 銀行・信金<br>信組・農協 |         | 支店 |
|     | 預金種別           | 普通 ・ 当座 |    |
|     | 口座番号           |         |    |
|     | (フリガナ)<br>口座名義 |         |    |

(請求人の口座に限ります)

※注意 次に記載のある書類を必ず添付してください。

死亡当時、請求人と被保険者の続柄を明らかにする「住民票謄本」または「戸籍謄本」を添付ください。

請求者が玩具人形健康保険組合の被扶養者であり、かつ配偶者のとき添付書類は不要です。

(R6.4)