

権 利 承 継 届

古河健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名 ④

電話

被保険者であった者との続柄 ()

貴健康保険組合の被保険者であった(記号 番号)氏名()
は、私の(続柄)であります。令和 年 月 日に死亡いたしました。
健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が継承いたしましたのでお届けします。

なお、この権利の継承によって、万一係争が起きた場合、その責任は私において取り、貴組合に何ら
ご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

この申請に基づいて支給される給付金の受領について、次の口座宛に送金をお願いいたします。

金融機関名			支店名	
預金種別	☐ 普通	口座番号		
	☐ 当座	口座名義	申請人に同じ	

【注意事項】

訂正する場合は、訂正印をご捺印ください。

【添付書類】

次に記載の書類を必ず添付してください。なお、すでに関係書類に添付した場合は、承継届出欄下段余白に「……に添付済」と記載してください。

※申請人が被保険者の死亡当時に当健康保険組合の被扶養者であった時は、添付書類は必要ありません。

1. 死亡当時、申請者と被保険者が同居していたことを証明する『住民票謄本』
2. 申請者と死亡された方との身分関係を明らかにする『戸籍謄本』

ただし、死亡当時同居していなかった等のため、1の書類が添付できない場合のみ必要となります。