

権利継承届兼誓約書

請求者である私は、下記被保険者の死亡に伴う健康保険法及び貴組合同規約に基づく保険給付金の請求権の全て承継したことを届出いたします。したがって、保険給付金がある場合には私へ振込支払いをしてください。

なお、今後請求者以外の者から当該届に関連して紛議などが生じた場合には、私が全ての責任を負い、貴組合が関わりを持つことがないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

① 保険給付金種別	埋葬料(費)
--------------	--------

■被保険者情報欄

② 健康保険の 記号と番号	記号	③ 被保険者の 氏名・生年月日	(フリガナ)
	番号		昭・平 年 月 日
④ 死亡日	令和 年 月 日		

■請求者情報欄

⑤ 請求者の 氏名・生年月日	(フリガナ)	⑥ 被保険者 との続柄	
	昭・平・令 年 月 日		
⑦ 請求者の 現住所	〒 -	⑧ 日中連絡のとれる電話番号	
		自宅	- -
		携帯	- -