

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および貴組合同規約に基づく
 保険給付金や保険料還付など（以下、給付金等）の請求権の全てを継承したことを届出
 いたします。したがって、給付金等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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

■被保険者情報欄

① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号 番 号	② 被 保 険 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	(フリガナ) ジョウホウ タロウ
	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		情 報 太 郎
			昭 平 ・ 令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
③ 死 亡 日	令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		

■請求者情報欄

④ 請 求 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	(フリガナ) ジョウホウ ハナコ	⑤ 被 保 険 者 と の 続 柄	妻
	情 報 花 子		
		昭 平 ・ 令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
⑥ 請 求 者 の 現 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	⑦日中連絡のとれる電話番号	
	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇 - 〇 - 〇	自宅 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

【記入上の注意事項】

■被保険者情報欄

- ・「令和 年 月 日」
当該届出書を作成した日

①「被保険者等記号・番号」
マイナポータルの「資格情報画面」または「資格情報のお知らせ」いずれかでの確認となります
（「資格確認書」をお持ちであった方は表面に記載があります）

- ・「資格情報のお知らせ」について
当組合HPから印刷したものか、資格取得時に当組合から会社経由で郵送されたもの
※令和6年10月10日迄に資格取得している方はHPからの印刷となります

※任意継続被保険者の方は、任意継続の記号と番号

②「被保険者の氏名・生年月日」
死亡した方の氏名・生年月日

③「死亡日」
死亡した方の死亡年月日

■請求者情報欄

④「請求者の氏名・生年月日」
請求される方の氏名・生年月日

⑤「被保険者との続柄」
死亡した方との身分関係を記入（例 妻 父 長女 等）

⑥「請求者の現住所」
郵送書類が届く請求者が現在お住いの所在地

⑦「日中連絡の取れる電話番号」
請求者の電話番号

※その他、添付書類や注意点等については、「埋葬料(費)」の欄を参照ください。