東京都情報サービス産業健康保険組合　御中

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　　年　　月　　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） 昭・平・令　　年　　月　　日
③ 死亡日	令和　　年　　月　　日		

■請求者情報欄

④ 請求者の氏名・生年月日	（フリガナ） 昭・平・令　　年　　月　　日	⑤ 被保険者との続柄	
⑥ 請求者の現住所	〒□□□－□□□□	⑦日中連絡のとれる電話番号	自宅　　-　　- 携帯　　-　　-