

権利継承届

(記入日) 令和 年 月 日

キューピー・アヲハタ健康保険組合 御中

【1. 健康保険被保険者であった者について】

被保険者証の記号・番号（枝番は不要）			被保険者で あった者の 氏名	フリガナ
記号		番号		
死亡年月日	令和 年 月 日			

【2. 権利継承者について】

継承者氏名	フリガナ	被保険者で あった者との 続柄	
継承者住所	〒 -		
継承者 電話番号			

被保険者が死亡した為、健康保険法に基づく給付金等の請求権に関し、私が権利を継承いたしました。
この権利の継承により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。
給付金等は、継承者である私義下記口座にお振り込みください。

継承者氏名 (自筆)

※継承者名義の口座に限ります

振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	支店
	口座番号		預金種別 普通・当座
	(フリガナ) 口座名義		

【添付書類】

亡くなられた方との関係が確認できる「戸籍謄本」の写しを添付ください。

※相続される方（法定相続人）が、キューピー・アヲハタ健康保険組合の被扶養者であり、かつ配偶者
のときは添付書類は不要です。

受付日付印