権利継承届

健康保険被保険者であった者

被保険者証 記号		番号	
死亡者氏名			
死亡年月日	令和　　年　　月　　日		

権利の継承を有する者

継承者氏名	
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
死亡した被保険者との続柄	
継承者住所	〒
電話番号	

日本発条健康保険組合　理事長殿
被保険者が死亡した為、健康保険法に基づく給付金の請求権を、継承いたしましたのでお届けします。尚、今後私以外のものが健康保険法に基づく給付金につき権利を主張するようなことがあった場合は、私が一切の責任を負うことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日　　請求者氏名

㊞

被保険者（本人）死亡後の健康保険給付金関係

埋葬料(費)以外で被保険者が生前に発生していた健康保険給付金には下記書類が必要になります。

	申請者
	死亡者の法定相続人
各種申請書 ※傷病手当金・療養費等	○
権利継承届 ※16歳未満は親権者の署名も必要	○
戸籍謄本（除籍されたもの） ※死亡者と親族である証明ができるもの	○
各種給付金申請に必要な添付書類は、健保組合担当窓口にお問い合わせください	