

権利継承届

亡くなったことにより資格喪失した、下記の被保険者にかかる給付金等につきまして、私が権利を継承いたします。

なお、当給付金等に関して、私が責任をもって受領いたしますので、今後、私以外の者が権利を主張する等の紛議が生じた場合、私が責任をもって解決し、貴組合に一切迷惑、損害をあたえません。

万一、貴組合に損害が生じた場合、私は直ちにその全額を支払うことと誓約いたします。

【1. 被保険者について】

| | | | |
|-----|--------|-------|--|
| 提出日 | 年 月 日 | | |
| 記号 | フリガナ | 生年月日 | |
| 番号 | 被保険者氏名 | 年 月 日 | |

【2. 権利継承者について】

| | | | |
|--------|----|----------|--|
| フリガナ | | 被保険者との続柄 | |
| 継承者氏名 | | | |
| 継承者住所 | 〒 | | |
| 継承者連絡先 | 自宅 | 携帯 | |

給付金等は、今後、上記継承者名義の口座へ振込願います。振込と同時に受領したものと認めます。

【3. 給付金等振込先について】※継承者名義の口座に限ります。

| | | | |
|-------|------|-------|------|
| 金融機関名 | | 銀行コード | |
| 支店名 | | 支店コード | |
| 種目 | 1.普通 | 2.当座 | 口座番号 |

2023.09改定

【添付書類】

- ・相続される方(法定相続人)が、デサント健康保険組合の被扶養者であり、かつ配偶者のとき
⇒ 添付書類は不要です。
- ・相続される方(法定相続人)が、デサント健康保険組合の扶養者であるとき(配偶者は除く)、または、デサント健康保険組合の被扶養者でないとき
⇒ 亡くなられた方との関係が確認できる(1)もしくは(2)の書類が必要です。
 - (1)被保険者世帯全体の住民票の写し
 - (2)被保険者の戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し