

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