

常務理事	事務長	担当

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

令和 年 月 日

## 権利承継届

このたび貴健康保険組合の被保険者であった下記の者が死亡いたしましたので、健康保険法に基づく保険給付金等の請求権について、私が承継いたしましたのでお届けします。

尚、この権利の承継によって万一係争が起きた場合、その責任は私において取り、貴組合に何らご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

◆太枠内をご記入ください。

亡くなった方について	死亡年月日	令和 年 月 日	被保険者等 記号・番号	記号	番号
	被保険者 氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
権利承継者について	承継者 氏名	(フリガナ)		被保険者 との続柄	
	承継者連絡先 住所・電話番号	(〒 - )		(TEL : )	
	給付金等 振込先 指定口座	金融機関名称	銀行	支店 (出張所)	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	口座名義 <small>※承継者名義に限る</small>				

### 【添付書類について】

亡くなった方と権利承継者の関係を証明できる公的書類の添付が必要です。

権利承継者が次の①～③のいずれに該当するかを確認の上、□に✓を付けて添付してください。

①レゾナック健康保険組合の被扶養者であり、かつ配偶者の方	<input type="checkbox"/> 不要
②レゾナック健康保険組合の被扶養者で①以外の方	※下記2点のうちいずれか1点 <input type="checkbox"/> 亡くなった方世帯全員の住民票 (写)
③レゾナック健康保険組合の被扶養者ではない方	<input type="checkbox"/> 亡くなった方の戸籍謄本 (写)

K007

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印
-------