

ブリヂストン健康保険組合
理事長 殿

権利継承届

請求者住所

請求者氏名

電 話

被保険者であった者との続柄

健康保険被保険者等

記号

番号

被保険者氏名

上記の被保険者は私の (続柄)でありましたが

令和 年 月 日、午前・午後 時 分に死亡しました。

健康保険法に基づく給付金(及び、任意継続被保険者の場合は、任意継続保険料の還付金)の請求権を、私が権利の継承をしましたので、お届けいたします。

なお、この権利の継承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かけしないことを誓約します。

(注)この届の権利継承者は、民法第886条～890条による者でなければなりません。

※ 被保険者の被扶養者ではない家族が申請を行う場合は、戸籍謄本を1通(写で可)を添付してください。但し、請求者と被保険者に関して戸籍が別々になっている場合には、両方の戸籍謄本を各1通添付してください。

※ 健康保険法に基づく給付金の振込先は、埋葬料(費)請求書にご記入頂きました振込指定金融機関への振込になります。

なお、埋葬料(費)請求書をご提出頂いてない場合は、振込先の確認の為に振込指定金融機関の通帳の写しを添付してください。