

権利承継届

亡くなったことにより資格喪失しました下記被保険者にかかる給付金につきましては私が権利を承継します。
 なお、当給付金等に関しては、私が責任をもって受領しますので、今後私以外の者が権利を主張するなどの紛議が生じた場合には、私が責任をもって解決し、貴組合には一切迷惑、損害をかけません。
 万一、貴組合に損害を生じたときは、私が直ちにその全額を支払うことを誓約します。

●記入例を参照のうえ、太枠線内を記入してください。

【1. 被保険者について】

提出日	令和	年	月	日	備考						
被 保 険 者 番 号	記号	番号			被 氏 保 険 者 名	(フリガナ)	生年月日				
							昭 平	年	月	日	

【2. 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	
承継者住所	〒 -		
承継者連絡先	(自宅)	(携帯)	
給付金等は、今後上記承継者名義の口座へお振込願います。振込と同時に給付金等を受領したものと認めます。			
給付金等振込先金融機関 ※承継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
預金種目	1. 総合・普通 2. 当座	口座番号	

【添付書類】

- ・相続される方(法定相続人)が、日立健保の被扶養者であり、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、日立健保の被扶養者であるとき(配偶者は除く)
または、日立健保の被扶養者ではないとき
⇒ 亡くなられた方の関係が確認できる(1)または(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

受付日付印