

権利承継届

令和 年 月 日

サニーピア健康保険組合理事長 様

承継者（請求者）

住 所：

氏 名：

続 柄：

（被保険者との続柄）

被保険者であった者（死亡した被保険者）

被保険者証の記号及び番号：記号 番号

被保険者であった者の氏名：

上記の被保険者であった者は、令和 年 月 日に死亡したため、健康保険法に基づく給付金等の請求権に関して、私が権利を承継いたしましたのでお届けいたします。

なお、この権利の承継により万一係争が生じましても貴組合には一切ご迷惑及び損害はお掛けしません。

（添付書類）

死亡した被保険者との相続関係が確認できる書類
・「戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）」の原本など

サニーピア健康保険組合