

権 利 継 承 届

年 月 日

神奈川県プラスチック事業健康保険組合理事長 殿

請求者 住 所
氏 名

印

続柄

健康保険被保険者証

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 私の（続柄） _____ でありましたが、

平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分に死亡いたしましたので、

健康保険法に基づく給付金の請求権を私が継承いたしましたのでお届けします。

「注」 この届書の継承者は民法第886条～第890条による者でなければなりません。

身分関係を明らかにできる戸籍謄本または証明書を添付してください。

（健康保険の被扶養者として認定されていた者を除く）