

権利継承届兼誓約書

令和 年 月 日

日本ピストンリング健康保険組合理事長 殿

請求者住所 _____
請求者氏名 _____ (印)
生年月日 _____
続 柄 _____

被保険者の (記号) (番号) _____
被保険者氏名 _____

上記の被保険者は私の (続柄) ですが、
平成・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の請求権を、私が継承しましたのでお届け
いたします。給付金の支払いがある場合は、下記口座にお振込み下さい。

尚、今後私以外のものが、健康保険法に基づく給付金につき権利を
主張するようなことがあった場合には、私が一切の責任を負うことを
誓約いたします。

振込先 _____銀行 _____支店

預金種別 普通・当座

口座番号 _____

フリガナ
口座名義人 _____ (請求者の口座に限ります)