住友重機械健康保険組合 理事長 殿

権利継承届兼誓約書

請求者である私は、下記被保険者の死亡に伴う健康保険法および貴組合規約に基づく保険給付金や保険料還付など（以下、給付金等）の請求権を全て継承したことをお届けいたします。したがって、給付金等がある場合には私へ振込支払いをしてください。

なお、今後請求者以外の者から当該届に関連して紛議などが生じた場合には、私が一切の責任を負い、貴組合が関わりを持つことがないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

＜被保険者情報＞　※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者等 記号・番号	記号		番号	
被保険者名				
死亡日	令和　　年　　月　　日		□ 午前 □ 午後　　時　　分	

＜請求者情報＞　※自署できない場合は捺印が必要です。

請求者氏名 （自署）	フリガナ	被保険者 との続柄	
請求者 生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日		
請求者 住所	〒		
請求者 連絡先	－　　－		
振込口座			
□ 銀行　□ 農協 □ 金庫　□ その他	□ 本店　□ 出張所 □ 支店	普通	
口座番号		口座名義 ※**カタカナ**で記入	

相続される方	添付書類
被扶養者配偶者	添付書類不要
上記以外の被扶養者 当健保に加入されていない方	**被保険者の戸籍謄本または全部事項証明書**

※被保険者と相続人の関係を確認するため、戸籍謄本は請求者と死亡した者に関して戸籍が別々の際は両方の戸籍謄本を各1通添付してください。