

権 利 継 承 届

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合
理 事 長 殿

請 求 者 { 住所:
氏名: (印)
続柄:

(請求者からみて被保険者であった者に対する続柄)

健康保険被保険者証の記号・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 分に死亡しました。

健康保険法に基づく給付金の請求権を、私が権利を継承しましたので

お届けいたします。

{注}この届の権利継承者は、民法第886条～890条による者でなければなりません。

※戸籍謄本を1通添付して下さい。但し、請求者と死亡した者に関して戸籍が

別々になっている場合には、両方の戸籍謄本各1通を添付して下さい。

※請求書ごとに権利継承届を添付して下さい。