

権 利 承 継 届

請 求 者 住 所 :

同 氏 名 :

生 年 月 日 :

続 柄 :

職 業 :

記

被保険者証の記号 番号

被保険者氏名

上記被保険者は私の_____でありましたが令和 年 月 日 午前・午後 時 分
死亡いたしましたので、健康保険法に基づく給付金および還付金の請求権を私が承継いたしましたから
お届けいたします。

なお、すでに申請しております各給付金の振込先を下記銀行口座に変更いたします。

銀 行 名 :
支 店 名 :
預金種別 :
口座番号 :
口座名義 : (カカナ)

令和 年 月 日

東京アパレル健康保険組合理事長 殿

受 付 日 付 印