大日本印刷健康保険組合　理事長　殿

権 利 承 継 届

令和　　年　　月　　日

被保険者が亡くなったことにより、被保険者の生前時にかかる給付金（ただし埋葬料を除く）の受領について、私が権利を承継しましたので届出します。
なお、当給付金に関しては私が受領しますので、今後、私以外の者が権利を主張するなどの係争が起きた場合には、私が責任をもって解決し、貴組合には一切迷惑、損害をかけません。
万一、貴組合に損害が生じたときには、私が直ちにその全額を支払うことを誓約します。

【被保険者】

記号・番号	氏　　名	生年月日
－		昭和 平成　　年　　月　　日

【権利承継者】※法定相続人代表者

氏　名	フリガナ ㊞	被保険者との続柄	
住　所	〒　　－		
連絡先	（自宅）　　（携帯）		

【注意事項】

1．この届の権利承継者は、民法 886 条～890 条による者でなければなりません。
　※被保険者の配偶者、子、孫、父母、祖父母、兄弟姉妹
2．権利承継者が被保険者の法定相続人であると確認できる戸籍謄本を添付してください。
　ただし、次項に該当する場合は、被保険者の出生から死亡までの連続した戸籍謄本および被保険者と権利承継者の関係を確認できる戸籍謄本を添付してください。
3．当組合が必要と判断した場合は、法定相続人（権利承継者を除く）全員の委任状の提出を求めることがあります。