

# 権利継承届

令和 年 月 日

神奈川県自動車整備健康保険組合  
理 事 長 殿

住所

権利継承者

氏名

印

続柄

被保険者記号番号

被保険者であった者

被保険者であった\_\_\_\_は、令和 年 月 日に死亡のため、  
保険給付費の請求権を\_\_\_\_（続柄\_\_\_\_）が継承しましたので、  
お届けいたします。

なお、保険給付金の支払いは、つぎの金融機関の口座にお振込いただきたく、お届け  
いたします。

振込金融機関口座（権利継承者名義の口座をご指定下さい）

金融機関名

支 店 名

口座番号

（普通・当座・ ）

口座名義

※ 請求者（権利継承者）と被保険者であった方との関係を確認するため、原則として  
お亡くなりになられた方の戸籍謄本（除票）の写しを添付の上、ご提出ください。  
ただし、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。