

年 月 日

保 険 給 付 金 請 求 書

〒

請求者(相続人代表) 住所
氏名(署名)
電話番号
死亡した被保険者との続柄

私は、相続人代表として、下記被相続人(死亡した被保険者)死亡後における、被相続人に係る健康保険給付金の請求及び受領を行うことを申請いたします。なお、他の相続人に対しては、私(請求者)が責任をもって異議のないように処理し、デンソー健康保険組合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人 記号一番号
(死亡した被保険者) 氏名 従業員番号
住所
生年月日 年 月 日生
死亡年月日 年 月 日

*必ず上記請求者(相続人代表)の名義の口座をご記入下さい。

振 込 先	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協		本店	店 番 号
	※コード(健保記入)		支店	
	普 通 ・ 当 座		口 座 番 号	
	フリガナ 口 座 名 義			

【注意事項】
1. 振込先は、請求者の振込先及び口座名義を、必ず預金通帳を見て正しくご記入下さい。
また、相続権を確認できる書類(戸籍謄本等)の**原本**を必ず添付して下さい。
2. ボールペン又はペンで記入して下さい。
3. 退職後1ヶ月以内に届くようにご提出下さい。
※手続きに必要な書類にご記入いただいた個人情報、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払いに使用
する場合があります。個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

健 保 使 用 欄	受 付	入 力