

(秘密)

# 権利承継届

オムロン健康保険組合理事長どの

令和 年 月 日

請求者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

被保険者であった者との続柄 \_\_\_\_\_

被保険者 \_\_\_\_\_ について、オムロン健康保険組合からの給付金の請求権を  
請求者 \_\_\_\_\_ が承継しましたので、お届けします。

この権利の承継によって万一係争が起きた場合、その責任は私において取り、貴組合になんらご迷惑をおかけしないことを誓約します。

この申請に基づいて支給される給付金については、以下の口座にお振込みをお願いします。

振込希望銀行

銀行 信用金庫	支店
口座番号 普通預金 No.	請求者の口座名義(カタカナ)

<留意事項>

死亡当時、請求者と被保険者の続柄を明らかにする「住民票謄本」または「戸籍謄本」を添付ください。  
(死亡当時、請求者が被扶養者であったときは、添付は必要ありません。)

以 上