

遺族給付金の請求および受領についての代表者選定届

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

プリマハム健康保険組合 御中

被保険者であった者の氏名

記号	〇〇	番号	〇〇	氏名	プリマ健保 太郎
----	----	----	----	----	----------

指名代表者 受給権者による連署に記載した方の中から指名してください。この方が申請者＝受給者となります。

代表者氏名	生年月日	続柄	住所
プリマ健保 花子 (花)	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	妻	〒XXX-XXXX TEL xx-xxxx-xxxx 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭・平・令 年 月 日		〒 - TEL - -

私どもは遺族給付金の同一順位受給権者ですが、給付金の請求及び受領につき私どもの中から上記の者を代表者と定めましてので連署の上お届けします。
なお代表者が給付金を受領した上は、爾後私どもが一切の責任を負い貴健康保険組合に対してご迷惑をかせません。

受給権者による連署 戸籍謄本等に記載されている方全ての記入及び捺印をお願いします。
当健保加入者であるかどうかは関係ありません。

受給権者氏名	生年月日	続柄	住所
プリマ健保 花子 (花)	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	妻	〒XXX-XXXX TEL xx-xxxx-xxxx 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭・平・令 年 月 日		〒 - TEL - -
プリマ健保 二郎 (二)	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	長男	〒XXX-XXXX TEL xx-xxxx-xxxx 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇
後見人	昭・平・令 年 月 日		〒 - TEL - -
(印)	昭・平・令 年 月 日		〒 - TEL - -
後見人	昭・平・令 年 月 日		〒 - TEL - -

- (注1) 続柄の欄には、被保険者であった方から見た続柄をご記入ください。
(注2) 受給権者が未成年のときは受給権者と並べて後見人が自署して下さい。
後日健保組合より、確認をさせていただく場合がございます。
(注3) 受給権者氏名の欄には、代表者の方の氏名も含めてご記入ください。

健保受付印

(1の1) 全部事項証明

本籍名	北海道札幌市中央区北一条西二丁目1番地 札幌 太郎
戸籍事項 転籍	【転籍日】平成27年7月21日 【従前本籍】北海道江別市高砂町8番地
戸籍に記録されている者	【名】太郎 【生年月日】平成4年8月25日 【配偶者区分】夫 【父】札幌幸雄 【母】札幌松子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成4年8月25日 【出生地】北海道札幌市西区 【届出日】平成4年8月31日 【届出人】父
婚姻	【婚姻日】平成27年2月14日 【配偶者氏名】北海花子 【従前本籍】北海道札幌市中央区北一条西二丁目1番地 札幌幸雄
戸籍に記録されている者	【名】花子 【生年月日】平成6年4月24日 【配偶者区分】妻 【父】北海忠治 【母】北海春子 【続柄】長女
身分事項 出生	【出生日】平成6年4月24日 【出生地】北海道札幌市中央区 【届出日】平成6年5月1日 【届出人】父
婚姻	【婚姻日】平成27年2月14日 【配偶者氏名】札幌太郎 【従前本籍】北海道札幌市東区北十一條東七丁目1番 北海忠治
以下全白	

戸籍に在籍している方全ての方が受給権者となります。

発行番号

これは、戸籍に記録されている事項の全部を証明した書面である。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

北海道札幌市中央区長 〇〇 〇〇