

大王製紙健康保険組合 殿

念 書

私、_____は、大王製紙健康保険組合(以下組合という)の被保険者であった_____ (被保険者番号_____以下本人という)が、組合より受け取るべき保険給付金に関して、本人が令和 年 月 日に死亡した為、全相続人の了解の下、受領いたします。

なお、この事により紛争が生じましても組合には一切ご迷惑はお掛けいたしません。

保険給付金振込先

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 本店 支店	1.普通 2.当座		ふりがな

令和 年 月 日

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

本人との続柄 _____

添付書類：先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類（戸籍謄本）