

様 式 Ⅱ

令和 年 月 日

太陽生命健康保険組合 行

◇ 代表相続人

氏 名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

実印

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

念 書

被保険者の記号		番 号	
被保険者の氏名			

〔 給付金の種類 〕 ・ 高額療養費 ・ 傷病手当金

このたび、被保険者死亡により、任意継続保険料と上記『給付金』を相続人の一人である私が全相続人を代表して受領いたします。

つきましては、後日これについて異議申立て等のあった時は、私が全責任をもって解決し貴組合にご迷惑をおかけいたしません。

\* ご注意

代表相続人の実印を押印のうえ、印鑑登録証明書を添付してください。