

記入例

JSR健康保険組合 御中

給与厚生担当課へ提出する日を記入して下さい。

係	事務長	常務理事
押	印	不要

被扶養者が死亡したとき

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認下さい。

家族埋葬料請求書(2416)

※訂正したときは、必ず二重線の下に訂正印を押印して下さい。

請求日 令和 ** 年 ** 月 ** 日

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	**	番号	***	被保険者氏名	健保 太郎		
	被保険者の 現住所	〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町**** TEL ***(***)****				事業所の名称	〇〇〇(株)		
	死亡した 被扶養者	氏名	健保 花子		続柄	母	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 **年**月**日 ☐ 令和	
	死亡年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日				死亡原因 (傷病名)	肺炎		
	死亡の原因が 第三者の行為 によるもので あるか否か	☐ ある ☒ ない	死亡が第三者の 行為によるとき		第三者の氏名・住所 (不詳であるときはその旨) ※ 第三者から埋葬料(費)の賠償がある場合は、健康保険組合へ 埋葬料(費)の請求はできません。		ご注意下さい。		
入 欄	必ずいずれかにチェックして下さい。		金融機関名		支店名				
	振込希望口座	〇〇		☒ 銀行 ☐ 労金 ☐ 信金 ☐ 農協	××		☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所		
	(被保険者名義)	金融機関コード	店番コード	種 目	口座番号(右ヅメ)	口座名義(カタカナで記入)			
		****	***	☒ 普通 ☐ 当座	*****	ケンボ タロウ			

被保険者名義の口座を記入して下さい。

事 業 主 証 明 欄	上記の内容に相違ないことを証明します。また、この届出は①又は②の要件を満たしていると確認しました。 ①請求者本人が作成したものである。②記載内容に誤りがないか請求者本人が確認している。	
	令和	年 月 日 事業主が記入 住所 事業主 氏名
		印

<添付書類>
なし

<注意事項>

- 死亡の原因が、業務上や通勤途上による場合は、埋葬料の請求はできません。
- 死亡の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

(R6.12)