

係	事務長	常務理事

被扶養者が死亡したとき

家族埋葬料請求書(2416)

※訂正したときは、必ず二重線で抹消のうえ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	被保険者証の記号番号	記号		番号		被保険者氏名	(印)					
	被保険者の	〒 —					事業所の名称					
		TEL ( )					所属テレNo.:					
	死亡した被扶養者	氏名				続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
								<input type="checkbox"/> 平成				
								<input type="checkbox"/> 令和				
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因(傷病名)						
死亡の原因が第三者の行為によるものであるか否か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。												
振込希望口座	金融機関名					支店名						
(被保険者名義)	金融機関コード		店番コード	種目	口座番号(右ゾメ)	口座名義(カタカナで記入)						
				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所						
				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座								

事 業 主 証 明 欄	上記の内容に相違ないことを証明します。										
	令和 年 月 日										
	住所 事業主 氏名 (印)										

<添付書類>

なし

<注意事項>

1. 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。
2. 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。

・被保険者証の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	
-----	--

◎健保処理欄

死亡年月日	令和 年 月 日	証削除	
家族埋葬料(2416)	(法定)	0,000	円

健保受付日付印

(R元.5)