

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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名					
	被保険者の 現住所	〒 () TEL ()			事業所の名称	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 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <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)				
	振込希望口座 (被保険者名義)		金融機関名			支店名			
	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)			

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	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

◎健保処理欄

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

健保受付日付印