JSR健康保険組合　御中

係	事務長	常務理事

任継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	20	番号		被保険者氏名	
	被保険者の現住所	〒　　－ TEL　　(　　)				事業所の名称	任意継続
	死亡した被扶養者	氏名		続柄		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)	
	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。			
	振込希望口座(被保険者名義)	金融機関名				支店名	
		□銀行　□労金 □信金　□農協				□本店　□支店 □出張所	
		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			

＜添付書類＞

健保受付日付印

死亡したことの証明として、**次のいずれかの書類**を添付してください。
① 死亡診断書の写し
② 死体検案書の写し
③ 市区町村長が発行した埋葬許可証または火葬許可証の写し

＜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

(R6.12)