

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 險 者 の 記 入 欄	被保険者証	記号	20	番号		被保険者氏名					
	被保険者の	〒 —				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	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
			TEL ()					<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(被保険者名義)	金融機関名				支店名						
					<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店					
					<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 出張所					
	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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座							

<添付書類>

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

健保受付日付印

<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		

(R元.5)