記入例

JSR健康保険組合　御中

被扶養者が死亡したとき

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

家族埋葬料請求書(2416)

押印を忘れずに（シャチハタ可）

保険証を見て記入して下さい。

※訂正したときは、必ず二重線[illegible]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	健保　太郎	健保 ㊞
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㈱ 所属テレNo.：　Y900（A01）	
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 ☐令和 **年**月**日
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）			

ご注意下さい。

※ 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。

必ずいずれかにチェックして下さい。

振込希望口座（被保険者名義）	金融機関名			支店名	
	〇〇	☑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	＊＊＊＊＊＊＊	ケンポ　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。

令和　　年　　月　　日

事業主が記入

住所

事業主

氏名　　㊞

＜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	

（R元.5）