支給決定伺						※ケンポ記入欄
支給金額	円	死亡日	令和　年　月　日		取得	S・H・R ・　・
経伺	常務理事	事務長	課長		担当者	喪失	R　・　・
						備考	

健康保険　被保険者
家　族

埋葬料（費）請求書

記号番号	－	事業所(会社)の名称		
対象者氏名		生年月日	S・H・R 年　月　日生	続柄	
死亡年月日	令和　年　月　日	埋葬年月日	令和　年　月　日	
死亡原因				
第三者行為によるもので	ある ・ ない	労災・通災によるもので	ある ・ ない	

上記の通り請求致します。

請求者と死亡した者との続柄

請求者の住所

令和　年　月　日

氏名(自署)及び 印　　印

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿　　TEL

事業主の証明欄	上記対象者が 令和　年　月　日に死亡したことを証明します。 事業所所在地 事業所名　　TEL 事業主氏名　　印
＊被扶養者死亡時の在職者のみ記入	上記金額の受領を　　に委任します(会社名を記入)

＊以下、**被保険者死亡時**および被扶養者死亡時の退職者のみ記入
(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店名	銀行・信用金庫　　支店	
1.普通　2.当座	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

所属事業所 確認印		

大同健保

＊ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。