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	大同○○株式会社		
対象者氏名	健保　太郎	生年月日	S・H・R　年　月　日生	続柄	本人
死亡年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	埋葬年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
死亡原因	大動脈解離				
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　妻

請求者の住所　○○○○…

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名(自署)及び印　健保　花子　健保 印

TEL ○○○ー○○○○ー○○○○

大同特殊鋼健康保険組合　理事長　殿

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　**事業主が記入すること**　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	ケンポ　ハナコ	
口座名義人	健保　花子	

所属事業所　確認印

社会保険担当部署の印

←上記の請求者と同じ名義人の口座であること

＊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。

大同健保

死亡診断書等に書かれた原因を記入

会社名のみ記入

火葬した日または葬儀の日を記入