

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

健康保険 被保険者 家族 埋葬料 (費) 請求書

被保険者証の記号番号	—		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	H・R 年 月 日	埋葬年月日		H・R 年 月 日			
死亡原因			第三者行為によるもので		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

Ⓜ

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 平成・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

Ⓜ

*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

- 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合は、その続柄を証明する公的書類の写しを添付すること。
- 被保険者が死亡し、その埋葬を家族以外が行い請求する場合は、埋葬に要した証拠書類を添付すること。
- この請求書には、市区町村の埋葬許可証または死亡診断書、死体検案書または検死調書の写しを添付すること。
なお、死亡に関する事業主の証明でもよい。(死亡日が分かる上記書類がある場合は添付をお願いします)
- 第三者行為による死亡である場合は、別途「第三者行為による健康保険扱い申請書」の届出をすること。