【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】※A4 で片面印刷してください。

被保険者
家　族

埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

請求日：　　年　　月　　日

請求者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号		番号		事業所名		
	死亡年月日	年　月　日				所属名		
	死亡原因							
	被保険者が死亡のとき	被保険者氏名						
		生年月日	（S・H　年　月　日生）					
	被扶養者が死亡のとき	被扶養者氏名				被保険者との続柄		
		生年月日	（S・H・R　年　月　日生）					
	振込希望の金融機関	銀行・信用金庫	銀行名（銀行コード）	銀行 信用金庫（銀行コード：　）		支店名（支店コード）	支店（支店コード：　）	
			口座番号	普通預金		フリガナ		
						口座名義		
	埋葬日及び埋葬に要した費用（埋葬日及び埋葬に要した費用は、遺族以外からの請求時に記入し、埋葬費支給額相当分の「領収書(原本)」の添付が必要。遺族からの請求の場合には、当欄を記入する必要はありません。）	埋葬日	年　月　日	埋葬に要した費用	円			
	標準支給日は、毎月 10 日頃又は 25 日頃となります。							
	上記のとおり請求いたします。　年　月　日 〒（　－　） 請求者　住　所： 氏　名（自署）：＿＿＿＿＿＿（印）　被保険者との続柄：（　　） （委任・代理の場合は、印鑑の押印が必要） TEL；　（　　）							
事業主の証明（被保険者死亡時）	被保険者氏名			死亡日	年　月　日			
	上記のとおり被保険者が死亡したことを証明します。（在職中の被保険者の死亡の場合は、事業主の証明で代用できます） 年　月　日 事業所名称 事業主氏名 （事業主欄は会社担当部署で証明） プルデンシャル健康保険組合　理事長 殿							

1.任意継続被保険者・被扶養者の死亡による請求の場合には、「死亡診断書」か「埋葬・火葬許可書」等の写しの添付が必要です。
2.当健保において、死亡者と請求者の続柄が不明な場合（請求者が被扶養者でない場合等）には、死亡者と請求者の続柄がわかる書類（戸籍謄本等）の提出が必要です
3.埋葬費は、家族や身近な人がまったくいない場合、実際に埋葬を行なった者である遺族以外に対し、埋葬費(5 万円限度)の支給範囲内の実費が支給されます。
（遺族以外から請求の場合には、死亡証明の他に埋葬にかかった費用の領収書原本＜宛名：請求者名＞等の確認書類を添付してください）
※提出いただいた「領収書（原本）」等の返還はできません。
※記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください

受付日付印

プルデンシャル健康保険組合