

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号				
② 死亡年月日	平成	年	月	日	③ 死亡 原因
④ 死亡した方の	㊦ 氏名		① 生年 月日	昭和 平成	年 月 日
⑤ 埋葬した年月日	平成	年	月	日	⑥ 埋葬に要した費用 円
⑦ 振込希望の 銀行	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義（カタカナ）
⑧ 上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 請求者の 住所 氏名 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿					
⑨ 備考					

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

委任 状	⑩ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 請求者の 住所 氏名					
	代理人の 住所 氏名					
	代理人の 銀行	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義（カタカナ）

事業主 の 証 明 書	⑪ 死亡した者の氏名					
	死亡した者の被保険者・被扶養者の別 （ 被保険者 被扶養者 ）					
	死亡した年月日 平成 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
	事業主の 住所 名称 氏名					

・事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書検視調書の写しを添付して下さい。

健保受付日付印