

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 8 番号 99999	死亡した方の区分を ○で囲んでください。			
② 死亡年月日	平成 ×年 ×月 ×日	③ 死亡原因	心不全		
④ 死亡した方の	⑦ 氏名 健康 ○○子	① 生年月日	昭和 ×年 ×月 ×日 平成	⑤ 被保険者との続柄	母
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	被扶養者分の請求の場合、記入不要です。給与口座へ振り込みます。 被保険者分の請求の場合、請求者の口座を記入してください。				
⑧ 上記のとおり請求します。 平成 ×年 ×月 ×日					
請求者の 住所 東京都健保町2-2-28					
氏名 健康太郎 健印 押印してください。					
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			印
	代理人の	住所	氏名			印
代理人の	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	印	

・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