

**被保険者 被扶養者 被保険者埋葬料(費) 支給申請書**

提出日：平成××年××月××

提出先： 日本アイ・ピー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)  
〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21

社内郵便番号	社内電話番号
××-××××-×	××-××××-×××× ホイスネット:××××-××××

(任継、特退被保険者の方は自宅の電話番号)

**(注 意 事 項)**

ア、標題の「被保険者」「被扶養者」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲む。  
 イ、①の欄は、被保険者証を見て記載する。  
 ウ、②の欄は、被扶養者の氏名を記載する。  
 エ、③の欄は、死亡した人の氏名を記載する。  
 オ、④の欄は、死亡した人の続柄を記載する。  
 カ、⑤の欄は、死亡年月日を記載する。  
 キ、⑥の欄は、死亡年月日を記載する。  
 ク、⑦の欄は、死亡原因を記載する。  
 ケ、⑧の欄は、申請者氏名を記載する。  
 コ、⑨の欄は、請求者氏名を記載する。  
 コ、⑩の欄は、備考を記載する。  
 サ、⑪の欄は、振込先銀行名、フリガナ、氏名を記載する。  
 シ、⑫の欄は、死亡した人の氏名を記載する。  
 シ、⑬の欄は、死亡年月日を記載する。  
 右記の添付書類が、検視調査の記録であるときは、右欄に事業主の証明を得ることで、

申請書記入欄	① 被保険者 記号 番号	×××	② 被保険者 氏名	健保 太郎			
	③ 死亡した人の 氏名	健保 太郎		④ 続柄	本人	⑤ 死亡年月日	平成××年××月××日
	⑥ 死亡者の 生年月日	大・昭 平	××年××月××日	⑦ 死亡原因	××××××××××		
	⑧ 被保険者が死亡し親族の 者が申請する場合(注ウ)	申請者氏名	健保 花子		続柄	妻	
	⑨ 被保険者が死亡し親族以外 の者が請求する場合(注ウ)	請求者氏名			身分関係		
		埋葬年月日	平成	年	月	日	埋葬に要した費用
	⑩ 備考(注エ)						
	⑪ 振込先銀行 (注カ)	銀行名	××××銀行		支店名	××××支店	
		フリガナ	ケンポ ハナコ		口座番号	普通・当座	××××××
		氏名	健保 花子				
	注意) 被保険者以外の請求者が受領する場合にのみ記入してください。 IBM社員、関連会社社員の方は給与振込になりますので、記入は不要です。 任意継続・特例退職の方は健保に銀行口座が登録されていますので、記入は不要です。						

上記のとおり請求します。

平成××年××月××日

〒×××-××××

住 所 ××県××市××町××-××-××

フリガナ ケンポ ハナコ

氏 名 健保 花子



事業主記入欄	⑫ 死亡した人の 氏名		⑬ 死亡した人は	被保険者・被扶養者	
	⑬ 死亡年月日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住 所 〒 事業主 名称				

受付日付