

被保険者 埋葬料(費) 支給申請書

提出日：平成 年 月 日

提出先： 日本アイ・ビー・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 | 電話番号 |
| ボイスネット: | |

(任意継続、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、被保険者証を抹消し、埋葬に要した費用の領収書(品名、数量、単価および金額が明記されているもの)を添付する。

エ、③の欄は、死亡した人の氏名、住所を明記した翻訳文を添付する。

オ、④の欄は、申請者の続柄を証明する戸籍謄本等(原本)を添付してください。

カ、⑤の欄は、死亡した人の死亡年月日を記載してください。

キ、⑥の欄は、死亡した人の生年月日を記載してください。

ク、⑦の欄は、死亡原因を記載してください。

ケ、⑧の欄は、被保険者が死亡し親族の者が申請する場合(注ア)の申請者氏名、続柄を記載してください。

コ、⑨の欄は、被保険者が死亡し親族以外の者が請求する場合(注イ)の請求者氏名、身分関係、埋葬に要した費用を記載してください。

ク、⑩の欄は、備考(注エ)を記載してください。

ケ、⑪の欄は、振込先銀行(注カ)の銀行名、フリガナ、氏名、支店名、口座番号(普通・当座)を記載してください。

コ、⑫の欄は、死亡した人の氏名、死亡した人は被保険者・被扶養者を記載してください。

ク、⑬の欄は、死亡年月日を記載してください。

ケ、⑭の欄は、上記のとおり相違ないことを証明し、平成 年 月 日、住所、事業主名称を記載してください。

コ、⑮の欄は、市区町村長発行の埋葬許可証、火葬許可証、あるいは死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれか一通の写しを添付すること、右記の添付ができない場合は、右欄に事業主の証明を得ること、右記の添付ができません。

| | | | | |
|--------|---|----------|--------------|----------|
| 申請書記入欄 | ① 被保険者 記号 番号 | | ② 被保険者 氏名 | |
| | ③ 死亡した人の氏名 | ④ 続柄 | ⑤ 死亡年月日 | 平成 年 月 日 |
| | ⑥ 死亡者の生年月日 | 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(注ア) | 申請者氏名 | 続柄 | |
| | ⑨ 被保険者が死亡し親族以外の者が請求する場合(注イ) | 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 | 支店名 | |
| | | フリガナ | 口座番号 | 普通・当座 |
| | | 氏名 | | |
| | 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。 | | | |
| 受取代理人欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | 平成 年 月 日 |
| | 被保険者(請求者) 住所 氏名 | (印) | | |
| 事業主記入欄 | 上記のとおり請求します。 | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | |
| | 住所 | | | |
| | フリガナ 氏名 | (印) | | |
| 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 | | (印) |

受付日付