被保険者
被扶養者 埋葬料（費）支給申請書

提出日：令和　　年　　月　　日

提出先：　日本アイ・ビー・エム健康保険組合
〒103-0015　東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwaリバーゲート南ウィング10階

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、⑨の欄に記入する場合は標題の「料」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してあるもの）を添付する。なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の氏名・住所を明記した翻訳文を添付する。

エ、⑩欄には、被保険者の資格を喪失した後の死亡であるときは、その資格喪失年月日を、また死亡のときが死亡の三ケ月前まで健康保険で療養を受けていたときに、その傷病名と療養の開始日などを記載する。

オ、⑧欄に記入する場合で被扶養者でない者が申請する場合、被保険者と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、⑪欄は申請者または代理人が直接受領するときに銀行情報を記載する。

キ、死亡が第三者の行為（交通事故等）によるものであるときは、別途、「第三者行為による傷病（死亡）届」を添付する。

【添付書類】
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。
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で、代わりとすることもできます。

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	令和　年　月　日
⑥ 死亡者の生年月日	昭 平 令	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（注オ）	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（注ウ）	請求者氏名		身分関係		
	埋葬年月日	令和　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。

令和　年　月　日

被保険者（請求者）　住所
氏名　㊞

代理人の住所・氏名　住所
氏名　㊞

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

〒
住所
フリガナ
氏名　㊞

事業主記入欄

⑫ 死亡した人の氏名		⑫ 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。

令和　年　月　日

事業主　住所　〒
名称　㊞

受付日付