・亡くなった方が被扶養者の場合

用紙C－15号（平成23.10）

支給決定伺	常務理事	事務長	上長	担当

記入・押印不要（健保使用欄）

伺年月日	平成　年　月　日	支払年月日	平成　年　月　日
資格取得日		資格喪	
支給額(法定給付)			

添付資料
・「死亡診断書」or「死体検案書」のみ

[被保険者・被扶養者]埋葬料(費)請求書

被保険者が記入するところ

被保険者証	記号 XXX	番号 XXXXXX		被保険者氏名	健保　太郎
被保険者について請求があるとき記入	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成　年　月　日（　才）
	死亡した年月日	平成　年　月	不要	死亡した原因(傷病名)	
	埋葬年月日	平成　年　月　日		埋葬に要した費用	円
被扶養者について(家族が)請求があるとき記入	被扶養者氏名	健保　花子		生年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日（XX 才）
	死亡した年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		死亡した原因(傷病名)	心臓麻痺
				被保険者と請求者の続柄	妻

振込先	銀行コード X X X X	店番号 X X X	フリガナ	ケンポ　タロウ
	フリガナ XXXXXXXX	XXXXXXXX	名義人	健保　太郎
	XXXX	XXX	口座番号	X X X X X X X 普・貯・当

上記のように請求いたします

平成 XX年 XX 月 XX 日

請求者
- 会社名 XXXXXXXXXXX
- 所属
- 〒 〒XXX－XXXX
- 自宅住所 XXXXXXXXXXX
- 氏名 健保　太郎　健保印
- ☎ XXX（ XXX ）XXXXX

JVCケンウッド健康保険組合殿

注意事項

(1)「死亡診断書」又は「死体検案書」の写しを必ず添付してください。

健保受付印	健保担当者
健保使用	※事業所の健保担当者が押印

対象外