

様式第15号

**Seguro Nacional de Salud**  
**Solicitud del Subsidio para Gastos Funerarios**  
 国民健康保険葬祭費支給申請書

Monto del subsidio 支給額 ￥\_\_\_\_\_円

Solicito el pago del subsidio por el monto indicado, de conformidad con la información detallada en la siguiente sección.

上記金額を支給されるよう申請します。ただし下記内訳のとおり

年 月 日 (año/mes/día)

Responsable de la organización del funeral 葬祭を行う者

Domicilio 住所 \_\_\_\_\_

Nombre 氏名 \_\_\_\_\_ N.º personal (My Number) 個人番号 \_\_\_\_\_

N.º de teléfono 電話番号 \_\_\_\_\_

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

Cuenta para el depósito 受取口座	<input type="checkbox"/> Recibir en la cuenta registrada en el <i>MyNa Portal</i> (Sistema del My Number). (Con esta opción, no es necesario llenar la sección con los datos de la cuenta.) 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。		
Datos de la cuenta 振込先	Entidad financiera 金融機関	Furigana (フリガナ) Nombre del titular 口座名義人	
	Tipo: Futsū (ahorros) / Tōza (cta.corriente) / Otro 口座種別 普通・当座・その他 ( )	Número de cuenta 口座番号	_____
N.º de asegurado 被保険者記号・番号			
Nombre del asegurado fallecido 死亡した被保険者氏名			Parentesco 申請者との続柄
Fecha de fallecimiento 死亡年月日	(año/mes/día) 年 月 日	Fecha de cancelación del seguro (año/mes/día) (喪失日) 年 月 日	
Fecha del funeral 葬祭執行年月日		Lesión causada por terceros (p.ej.: accidente de tránsito) 交通事故等の第三者行為	Sí 有 • No 無

Si una persona distinta al responsable del funeral va a recibir el subsidio, complete la siguiente sección de Autorización.  
 葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

**Autorización** 委任状 年 月 日 (año/mes/día)

Autorizo al representante que se indica a continuación a recibir el Subsidio para Gastos Funerarios en mi nombre.  
 国民健康保険葬祭費の受領を下記代理人に委任します。

Nombre 氏名 \_\_\_\_\_

(Responsable de la organización del funeral) (葬祭を行う者)

Domicilio del representante 代理人住所 \_\_\_\_\_

Nombre del representante 代理人氏名 \_\_\_\_\_ N.º personal (My Number) 個人番号 \_\_\_\_\_

確 認	1. 住民異動届による  2. 確認者氏名
-----	--------------------------------