

様式第15号

National Health Insurance
Application for Funeral Expence Allowance
 国民健康保険葬祭費支給申請書

Allowance amount 支給額 ￥_____円

I hereby apply for payment of the amount stated above in accordance with the details provided below.

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 (year/month/day)

Person responsible for arranging the funeral 葬祭を行う者

Address 住所 _____

Name 氏名 _____ My Number 個人番号 _____

Phone number 電話番号 _____

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

Account for deposit 受取口座	<input type="checkbox"/> Use the Registered Public Fund Receiving Account (If selected, bank account details do not need to be provided.) 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）。 <input type="checkbox"/> Use the bank account specified below for direct deposit. Please complete the required bank account information. 振込口座を指定する。		
Bank account details for direct deposit 振込先	Financial institution 金融機関	Furigana (フリガナ) Account holder 口座名義人	Account number 口座番号
	Type: <i>Futsu</i> (savings) / <i>Toza</i> (checking) / Other 口座種別 普通・当座・その他 ()		
Insured person code / number 被保険者記号・番号			
Name of the deceased (insured person) 死亡した被保険者氏名			Relationship to the applicant 申請者との続柄
Date of death 死亡年月日	(year/month/day) 年 月 日		NHI cancellation date (year/month/day) 年 月 日
Date of the funeral 葬祭執行年月日		Injury caused by a third party (e.g., traffic accident) 交通事故等の第三者行為	Yes 有 • No 無

If the payment is to be received by a person other than the individual who arranged the funeral, please complete the Power of Attorney section below.

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。

Power of Attorney 委任状 年 月 日 (year/month/day)

I hereby authorize the person named below to receive, on my behalf, the NHI funeral expense allowance.
国民健康保険葬祭費の受領を下記代理人に委任します。

Name 氏名 _____

(Person responsible for arranging the funeral) (葬祭を行う者)

Representative's address 代理人住所 _____

Representative's name 代理人氏名 _____ My Number 個人番号 _____

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