

労働者災害補償保険

遺族補償一時金支給請求書
遺族特別支給金支給申請書

(面裏) 労働者災害補償
(章封)

〔注意〕

③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者の直接所属する事業場が
一括適用の取扱いをしてしている支店、工場、工事現場等の場合に記入して下さい。

① 労働保険番号					③ フリガナ 氏名 (男・女) 死亡年月日 年 月 日 (歳) 労働者 の 所属事業場 の 所在地	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午前 時 分頃	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号		⑤ 死亡年月日 年 月 日	
② 年金証書の番号					職責種 の 所在地	⑦ 平均賃金 円 銭	
管轄局	種別	西暦年	番号	枝番号		⑧ 特別給与の総額(年額) 円	
⑥ 災害の原因及び発生状況							
③の者については、④及び⑥から⑧までに記載したとおりであることを証明します。							
						局番	
事業の名称						電話番号	
年 月 日						郵便番号	
事業場の所在地							
事業主の氏名							㊦
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)							
⑨ 請求 人	フリガナ 氏名	生年月日	住 所	死亡労働者 との関係	請求人(申請人)の代表者を 選任しないときはその理由		
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
⑩ 添付する書類その他の資料名							

上記により 遺族補償一時金の支給を請求します。
遺族特別支給金の支給を申請します。

郵便番号 電話番号 局番

年 月 日

請求人
申請人の
(代表者) 住所

労働基準監督署長 殿

氏名 ㊦

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫	本店	普通・当座	第 号
農協・漁協・信組	支店	名義人	
	支所		