

労働者災害補償保険  
葬 祭 料 請 求 書

<p>① 労働保険番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">府県</td> <td style="width: 10%;">所管</td> <td style="width: 10%;">管轄</td> <td style="width: 10%;">基幹</td> <td style="width: 10%;">番号</td> <td style="width: 10%;">枝</td> <td style="width: 10%;">番号</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>② 年金証書の番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">管轄</td> <td style="width: 10%;">種別</td> <td style="width: 10%;">西暦</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">番</td> <td style="width: 10%;">号</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	府県	所管	管轄	基幹	番号	枝	番号								管轄	種別	西暦	年	番	号							<p>フリガナ ③ 氏名</p> <p>請 求 住 所</p> <p>人 死 亡 の の 労 働 者 と の 関 係</p>	
府県	所管	管轄	基幹	番号	枝	番号																						
管轄	種別	西暦	年	番	号																							
<p>フリガナ ④ 氏名</p> <p>死 亡 年 月 日</p> <p>年 月 日 ( 歳 )</p> <p>職 種</p> <p>所 属 事 業 場 名 称 ・ 所 在 地</p>	<p>( 男 ・ 女 )</p> <p>⑤ 負傷又は発病年月日</p> <p>年 月 日</p> <p>午 前 後 時 分 頃</p> <p>⑦ 死 亡 年 月 日</p> <p>年 月 日</p>	<p>⑥ 災害の原因及び発生状況</p> <p>年 月 日</p> <p>⑧ 平 均 賃 金</p> <p>円 銭</p>																										
<p>④の者については、⑤、⑥及び⑧に記載したとおりであることを証明します。</p> <p>事業の名称 _____ 電話番号 _____ 局番 _____</p> <p>_____ 年 月 日 _____ 郵便番号 _____</p> <p>事業場の所在地 _____</p> <p>事業主の氏名 _____ ⑨</p> <p>(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)</p>																												
<p>⑨ 添付する書類その他の資料名</p>																												

上記により葬祭料の支給を請求します。

年 月 日	郵便番号	電話番号	局番
請求人の 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 農協・漁協・信組	普通・当座 第 _____ 号 名義人 _____
本店 支店 支所	