

通勤災害用

労働者災害補償保険  
葬 祭 給 付 請 求 書

① 労働保険番号					③ フリガナ 氏 名 請 求 住 所 人 死亡労働者との 関係	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号		
.....	.....	.....	.....	.....		
② 年金証書の番号						
管轄局	種別	西暦年	番 号			
.....	.....	.....	.....			
④ フリガナ 氏 名	(男・女)				⑤ 平均賃金	
死亡労働者の 生年月日	年 月 日 ( 歳)				円 銭	
職 種					⑥ 死亡年月日	
所属事業場名称 所在地					年 月 日	
⑦ 通勤災害に関する事項					別紙のとおり	
④の者については、⑤並びに別紙の㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び㉘に記載したとおりであることを証明します。						
事業の名称 〒 - 電話 ( ) - 年 月 日 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)						
[注意] 事業主は、別紙の㉑、㉒及び㉘については、知り得なかつた場面には証明する必要がないので、知り得なかつた事項の符号を消すこと。						
⑧ 添付する書類その他の資料名						

上記により葬祭給付の支給を請求します。

年 月 日

〒 - 電話 ( ) -

住 所

請求人の  
氏 名

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫	本店・本所 出張所	普通・当座	第 号
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人	

様式第16号の10(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号		加入年月日
		年 月 日
		給付基礎日額
		円

[注意]

1. 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
2. ②は死亡労働者が傷病年金を受けていた場合に、その給付に係る年金証書の番号を記載すること。
3. ④の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
4. 平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及び期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑤に記載すること。(様式第16号の6別紙1に内訳を記載し、添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
5. 死亡労働者に関し遺族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病年金を受けていた場合には⑦の別紙は付する必要がないこと。
6. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
  - (1) ⑤には、その者の給付基礎日額を記載すること。
  - (2) 別紙の①から⑧まで、⑦及び⑧の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
7. この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添えること。
8. 遺族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7による書類の提出は必要ではないこと。
9. ⑨の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第16号の6の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第16号の6の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号
			( ) —