

## 葬 祭 料 請 求 書

|                                                                  |    |             |      |     |                                                             |             |  |
|------------------------------------------------------------------|----|-------------|------|-----|-------------------------------------------------------------|-------------|--|
| ① 労働保険番号                                                         |    |             |      |     | ③ フリガナ<br>氏 名<br>請<br>求<br>住<br>所<br>人 死 亡<br>の 労働者<br>との関係 |             |  |
| 府県                                                               | 所掌 | 管轄          | 基幹番号 | 枝番号 |                                                             |             |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             |             |  |
| ② 年金証書の番号                                                        |    |             |      |     | 人 死 亡<br>の 労働者<br>との関係                                      |             |  |
| 管轄局                                                              | 種別 | 西暦年         | 番 号  |     |                                                             |             |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             |             |  |
| ④ フリガナ<br>死 氏 名<br>亡<br>生年月日<br>労働者<br>の 職 種<br>の 所属事業場<br>名称所在地 |    | ( 男 ・ 女 )   |      |     |                                                             | ⑤ 負傷又は発病年月日 |  |
|                                                                  |    | 年 月 日 ( 歳 ) |      |     |                                                             | 年 月 日       |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             | 午 前後 時 分頃   |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             | ⑦ 死 亡 年 月 日 |  |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況                                                    |    |             |      |     |                                                             | 年 月 日       |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             | ⑧ 平 均 賃 金   |  |
|                                                                  |    |             |      |     |                                                             | 円 銭         |  |
| 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。                              |    |             |      |     |                                                             |             |  |
| 年 月 日                                                            |    |             |      |     |                                                             | 電話番号 局番     |  |
| 事 業 の 名 称                                                        |    |             |      |     |                                                             |             |  |
| 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 添付する書類その他の資料名                                                  |    |             |      |     |                                                             |             |  |

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 | 普 通 ・ 当 座   | 第 号 |
| 農協・漁協・信組       | 出張所   |             |     |
|                | 支店・支所 | 口座名義人       |     |

様式第 16 号（裏面）

〔注意〕

- 1. 事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。
- 2. ②には、死亡労働者の傷病補償年金に係る年金証書の番号を記載すること。
- 3. 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. ⑥には、どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような物で又はどのような状況において、どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。
- 5. 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とみなして算定した平均賃金に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑧に記載すること。（様式第 8 号の別紙に内訳を記載し添付すること。ただし、すでに提出されている場合を除く。）
- 6. 死亡労働者に関し遺族補償給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金を受けていた場合には、①、⑤及び⑥は記載する必要がないこと。事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 7. 死亡労働者が特別加入者であった場合は、⑧にはその者の給付基礎日額を記載すること。
- 8. 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。
- 9. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑤及び⑥の事項を証明することができる書類を添付すること。
- 10. 遺族補償給付の支給の請求書が提出されている場合には、8 及び 9 による書類の提出は必要でないこと。
- 11. 「事業主の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることが出来る。

|                        |                      |     |         |
|------------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労 務 士<br>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 |
|                        |                      | Ⓔ   |         |