様式第十六号の九（表面）を次のように改める。

様式第16号の9（表面）

労働者災害補償保険

# 遺族一時金支給請求書
# 遺族特別支給金 遺族特別一時金 支給申請書

通勤災害用

〔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、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。

| ① 労働保険番号 | | | | | ③ 死亡労働者の | フリガナ | | ④負傷又は発病年月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 | | 氏名 | （男・女） | 年　月　日 |
| | | | | | | 生年月日 | 年　月　日（　歳） | 午前後　時　分頃 |
| ② 年金証書の番号 | | | | | | | | ⑤ 平均賃金 |
| 管轄局 | 種別 | 西暦年 | 番号 | 枝番号 | | 職種 | | 円　銭 |
| | | | | | | | | ⑥特別給与の総額（年額） |
| | | | | | | 所属事業場名称所在地 | | 円 |
| | | | | | | | | ⑦ 死亡年月日 |
| ⑧ 通勤災害に関する事項 | | | | | | 別紙のとおり | | 年　月　日 |

**③の者については、④、⑤及び⑥並びに別紙の㈠、㈡、㈣、㈤、㈦、㈨、㈫（通常の通勤の経路及び方法に限る。）及び㈬に記載したとおりであることを証明します。**

局
電話番号　番号

事業の名称

郵便番号

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㈠、㈡及び㈫について知り得なかった場合には証明する必要がないので知り得なかった事項の符号を消すこと。

| 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 | | | |
| | | 年　月　日 | | | |
| | | 年　月　日 | | | |

| ⑩ 添付する書類その他の資料名 | |
|---|---|

上記により遺族一時金の支給を請求します。
上記により遺族特別支給金 遺族特別年金 の支給を申請します。

郵便番号　電話番号　局　番　方

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（郵便貯金銀行の支店等を除く） | | 預金の種類及び口座番号 |
|---|---|---|
| 銀行・金庫 農協・漁協・信組 | 本店 支店 支所 | 普通・当座　第　号 名義人 |