様式第十六号を次のように改める。

様式第16号（表面）

業務災害用

労働者災害補償保険
葬祭料請求書

①労働保険番号				
府県	所掌	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

③請求人の	フリガナ 氏名	
	住所	
	死亡労働者との関係	

④死亡労働者の	フリガナ 氏名	（男・女）	⑤負傷又は発病年月日
	生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日 午前後　時　分頃
	職種		
	所属事業場名称所在地		⑦死亡年月日

⑥災害の原因及び発生状況（(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること）

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。

電話（　）－

事業の名称

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）

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　〒　－　電話（　）－

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 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	普通・当座　第　号 口座名義人