様式第16号の9（表面）

通勤災害用

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

①労働保険番号 府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	③死亡労働者の フリガナ 氏名	（男・女）	④負傷又は発病年月日 年月日 午前後 時分頃
					生年月日	年月日（歳）	⑤平均賃金 円銭
②年金証書の番号 管轄局	種別	西暦年	番号	枝番号	職種		⑥特別給与の総額（年額） 円
					所属事業場名称 所在地		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並びに別紙の㋑、㋺、㋩、㋥、㋭、㋬、㋣（通常の通勤の経路及び方法に限る。）及び⑦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）

〔注意〕 事業主は、別紙の㋑、㋺及び㋣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。
遺族特別支給金 遺族特別年金 の支給を申請します。

〒　　－　　電話（　　）　－

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

様式第十六号の九を次のように改める。