様式第十六号の十（表面）を次のように改める。

様式第16号の10（表面）

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 請求人の	フリガナ 氏名	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		住所	
						死亡労働者との関係	
② 年金証書の番号							
管轄局	種別	西暦年	番号				

④ 死亡労働者の	フリガナ 氏名	（男・女）	⑤ 平均賃金 円　銭
	生年月日	年　月　日（　歳）	⑥ 死亡年月日
	職種		年　月　日
	所属事業場名称所在地		

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。

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、別紙の㋑、㋺及び㋣については、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 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