

## 葬祭料(葬祭給付)について

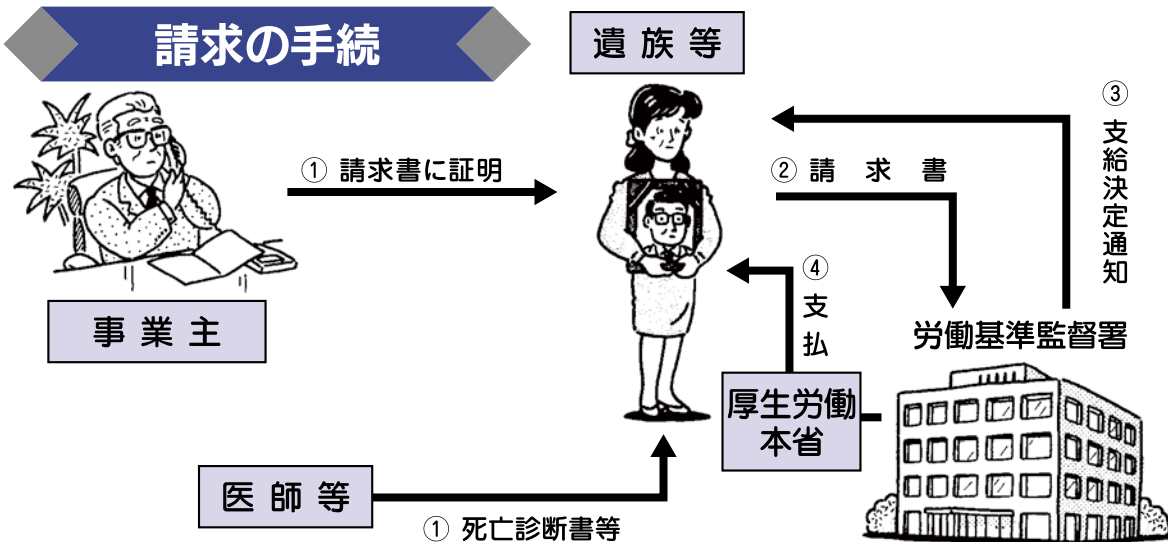
葬祭料（葬祭給付）の支給対象は、必ずしも遺族とは限りませんが、通常は葬祭を行うにふさわしい遺族となります。

なお、葬祭を執り行う遺族がなく、社葬として被災労働者の会社が葬祭を行った場合は、その会社に対して葬祭料（葬祭給付）が支給されることとなります。

### 給付の内容

葬祭料（葬祭給付）の額は、315,000円に給付基礎日額の30日分を加えた額です。この額が給付基礎日額の60日分に満たない場合は給付基礎日額の60日分が支給額となります。

### 請求の手続



所轄の労働基準監督署長に、「葬祭料請求書」（様式第16号）または「葬祭給付請求書」（様式第16号の10）を提出してください。

#### ● 請求にあたって必要な添付書類について

死亡診断書、死体検案書、検視調書またはそれらの記載事項証明書など、被災労働者の死亡の事実および死亡の年月日を証明することができる書類。ただし併せて遺族(補償)給付の請求書を提出する際に添付してある場合には、必要ありません。

### 請求に関する時効

葬祭料（葬祭給付）は、被災労働者が亡くなった日の翌日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

# 請求書記入例

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

通勤災害の場合は様式第16号の10

|  |                  |                              |     |
|--|------------------|------------------------------|-----|
| ① 労働保険番号   |                  | ③ フリガナ コウロウ ハナコ              |     |
| 府県   | 所管               | 基幹番号                         | 枝番号 |
| 13   | 10               | 11234560                     | 000 |
| ② 年金証書の番号  |                  | 請求者                          |     |
| 管轄局  | 種別               | 西暦年                          | 番号  |
|  |                  |                              |     |
| ④ フリガナ   |                  | 死亡労働者の関係                     |     |
| 氏名   | コウロウ タロウ         | 妻                            |     |
| 生年月日   | 昭和〇〇年 4月 4日(〇〇歳) |                              |     |
| 職 種  | 自動車運転手           |                              |     |
| 所属事業場名称所在地   |                  |                              |     |
| ⑤ 負傷又は発病年月日  |                  | ⑦ 死亡年月日                      |     |
| 28年 7月 18日   |                  | 28年 7月 18日                   |     |
| 午 前 2時 40分頃  |                  |                              |     |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況  |                  | ⑧ 平均賃金                       |     |
| <small>(a)どのような場所(い)どのような作業をして(ロ)どのような物又は環境に(ニ)どのような不安全又は有害な状態があつて(ホ)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること</small><br>集金のため自転車で用務先〇〇商店へ向う途中、市内高松町3番地交差点で、後方から暴走してきたトラックに追突されて、頭部を強打し、即死した。 |                  | 5,884円 50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。  |                  |                              |     |
| 28年 7月 24日   |                  | 事業の名称 (株)〇〇工業                |     |
|  |                  | 電話(000)000-0000              |     |
|  |                  | 〒 370-×〇×〇                   |     |
|  |                  | 事業場の所在地 高松市高松町〇〇             |     |
|  |                  | 事業主の氏名 代表取締役 〇〇 淳            |     |
|  |                  | (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  |                  | 遺族補償年金請求書に添付                 |     |

被災労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記入します。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

28年 7月 25日

〒 100-8916

電話(000)000-0000

請求人の 住 所 千代田区霞ヶ関 1-2-2

高松 労働基準監督署長 殿

氏 名 (厚) 花子

|                |                   |                 |                       |
|----------------|-------------------|-----------------|-----------------------|
| 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     |                       |
| 香川             | 銀行・金庫<br>農協・漁協・信組 | 高松南             | 本店・本所<br>出張所<br>支店 支所 |
|                |                   | 普通・当座 第 654321号 |                       |
|                |                   | 口座名義人 厚 花子      |                       |