

平成31年3月22日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 ( 130×Δ〇 )

共済契約者名 社会福祉法人東京福祉会 (印)

## 現 認 証 明 書 (業務上の死亡による退職)

### 1 退職者

氏 名	神谷 町子
職員番号	00018
生年月日	昭和50年3月22日

### 2 労災等該当の確認 (該当するものカッコに〇を記入)

- ( ) ① 労災保険 (葬祭料、葬祭給付) の給付決定通知がある  
(  ) ② 労働基準監督署の受付印がある第三者行為災害届がある  
( ) ③ その他業務上の死亡とする理由があり

( )  
注. 上記①から③のいずれにも該当しない場合は、業務上の死亡による退職として扱えないため、  
本紙の提出は不要です。

### 3 死亡等の状況

事故等の情報	発生場所 通勤経路である国道の交差点 (東京都〇〇区△△町1-1)
	発生時の状況及び原因 (具体的に記入してください)  トラックが信号無視により交差点を直進した際に衝突事故を起こし死亡したものの。
	発生日月日      平成31年 3月 1日
	死亡年月日      平成31年 3月 1日