

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 (_____)

共済契約者名 _____

現 認 証 明 書 (業務上の死亡による退職)

1 退職者

氏 名	
職員番号	
生年月日	年 月 日

2 労災等該当の確認 (該当するもののカッコに○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
	発生時の状況及び原因 (具体的に記入してください)
	発生年月日 年 月 日
	死亡年月日 年 月 日