|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **因病或非因工死亡抚恤金申请表** | | | |
| 参 保 人 | 姓 名 |  | 死亡日期 |  |
| 公民身份证号码 |  | | |
|  | 姓 名 |  | 与参保人关系 |  |
| 遗 属 申 请 意 见 | 公民身份证号码 |  | | |
| 属因病或非因工死亡，本人系 法定继承人，现申请领取一次性抚恤金并愿承担相关法律责任。 | | | |
|  |  | 遗属签名： |  |
|  |  |  | 年 月 日 | |
|  |  |  |  |  |
| 参 保 人 单 位 意 见 | 属因病或非因工死亡，本单位愿承担相关法律责任。 | | | |
| 经办人： | 负责人： |  |  |
|  |  | （参保人单位盖章） |  |
|  |  | 年 月 日 |  |
| 注：参保人无工作单位的由其居住地或户籍地街道办事处、乡镇政府盖章。 | | | | |