|  |  |
| --- | --- |
|  | **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。 |