

死 亡 届

受給資格者氏名		認定番号	
受給資格者住所	〒		
死亡年月日			

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

独立行政法人自動車事故対策機構
理事長 殿

住所
届出者
氏名

〒
電話

受給資格者との続柄
()

(注) 受給資格者の死亡を証する戸籍の抄本、住民票の除票、死亡診断書の写し等を添付してください。