

記載例

# 労災保険給付等支払証明願

< 裏面の注意事項を必ずお読みください >

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 殿

次の保険給付等について、支払の証明を願います。

記入日 令和5年 4 月 1 日

① 労働者	ふりがな	ろうさい たろう		生年月日	大昭 平令				60 年 5 月 5 日							
	氏名	労災 太郎														
	現住所 (居所)	〒 177-0044 東京		都道府県	練馬区上石神井4-8-4											
		労災業務マンション 101号室														
	電話番号	03 ( 3920 ) 3311														
	労働保険番号	1	3	1	0	1	9	9	9	9	9	9	9	9	9	※ 労災年金以外の証明を希望の場合は ご記入ください
	年金証書番号	1	3	3	1	5	9	9	9	9	—					※ 労災年金の証明を希望の場合は 必ずご記入ください
負傷(発病)年月日	大昭 平令		4 年 4 月 1 日													
② 以外の申請人	※ ①と異なる方が証明を願う場合は、以下についても併せてご記入ください なお、遺族(補償)等年金受給者以外は、添付書類が必要となります(裏面の注意事項2をお読みください)															
	①との関係	※ <input type="checkbox"/> にチェック✓をしてください(法定代理人等の種類は、裏面の注意事項2(注)に記載しています) <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金受給者 <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金を受給していない遺族 <input type="checkbox"/> 法定代理人等														
	ふりがな															
	住所	支払証明願は①被災労働者ご本人が請求することを原則としております。 ご本人が請求できない場合のみ②をご記入ください。 受領委任の場合は⑥に記載してください。														
	電話番号															
生年月日	入ください															
③ 証明を希望する給付の種類	※ 証明を希望する給付のチェック欄に チェック✓ を記入してください															
	チェック	給付の種類										証明が必要な給付期間 ※裏面の注意事項5をお読みの上、必ずご記入ください				
	✓	休業(補償)等給付										令和4年4月1日 ~ 令和4年6月30日 <input type="checkbox"/> すべて				
		療養の費用 ※ 被災者本人または委任先(柔道整復師、はりきゅうあんま師等)に支払われる給付です										年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべて				
	✓	療養の給付 ※ 医療機関・薬局・訪問看護事業者に支払われる給付です										年 月 日 ~ 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> すべて				
		傷病・障害・遺族一時金										年 月 日 ~ 年 月 日				
		介護(補償)等給付														
		葬祭料等(葬祭給付)														
		前払一時金														
✓	労災年金 ※ 支払年月を記入してください 裏面の注意事項6をお読みください										令和4年 8 月 ~ 令和5年 2 月					
	上記以外 ( )										年 月 日 ~ 年 月 日					
④ 使用目的	損害賠償請求のため															
⑤ 提出先	東京地方裁判所															
⑥ 委任欄	※ 証明書を請求人本人以外に送付することを希望する場合のみ下欄にご記入・ご署名ください 私に交付される証明書は、下記の住所と受取人あてに送付を希望します。 また、これにより受取人が私の個人情報を得ることに同意します。															
	請求人氏名	労災 太郎										①または②の方の自筆署名をお願いいたします。				
	受取人	氏名	〇〇弁護士事務所 厚労 花子													
		住所	〒 100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 労災補償ビル 2階													
電話番号		03 ( 5253 ) 1111														
⑦ 備考欄	※ 被災当時から氏名・住所に変更があった場合は、当時の氏名・住所のご記入をお願いします															
	旧住所：東京都労災市労災町1-1-1															
職員記入欄																

## 【送付前チェックリスト】

※こちらの提出は不要です。

### ①について

- 氏名・生年月日・現住所・電話番号に誤りはないか
- (  (労災年金以外の証明を希望の場合)労働保険番号を記入したか )
- (労災年金の証明を希望の場合)年金証書番号を記入したか
- 負傷(発病)年月日を記入したか

### ②について(該当する場合)

- ①との関係に✓をつけたか
- 氏名・住所・電話番号(・生年月日)に誤りはないか
- 必要な添付書類があるか
  - 例) 相続人の場合:戸籍謄本
  - 法定代理人等の場合:資格を証明できる書類、本人確認書類

### ③について

- 証明を希望する給付に✓をつけているか
- ✓をつけた給付について、証明を希望する期間を記入したか

### ④、⑤について

- 使用目的・提出先を記入したか

### ⑥について(該当する場合)

- 請求人氏名に被災労働者もしくは請求人の署名があるか
- 受取人氏名・住所・電話番号に誤りはないか

### ⑦について

- 被災当時から氏名・住所に変更がある場合、変更前の氏名・住所を記入しているか