

## 労災保険等支払証明書

## 1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	生年月日： 傷病年月日：

## 2 給付に関する事項

給付種別	支払額
療養の費用	円
休業	円
介護	円
合計	円

左記に示す金額の内訳については  
「3 給付に関する事項(内訳)」を  
参照してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長

3 給付に関する事項 (内訳)

給付種別	支払年月日	支払額	備考
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
療養の費用			費用の種別
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
休業			保険給付費 円 特別支給金 円 休業期間 ~ 休業期間 日
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月
介護			請求対象年月

第療 号

## 労災保険等支払証明書

## 1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	生年月日： 傷病年月日：

## 2 給付に関する事項

給付種別	支払額
診療費	円
薬剤費	円
訪問看護	円
アフターケア委託費 (診療費)	円
アフターケア委託費 (薬剤費)	円
合 計	円

左記に示す金額の内訳については  
「3 給付に関する事項 (内訳)」を  
参照してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長

第療 号

## 3 給付に関する事項 (内訳)

給付種別	支払年月日	支払額	受診機関	備考
診療費				療養期間 ～
診療費				療養期間 ～
診療費				療養期間 ～
診療費				療養期間 ～
診療費				療養期間 ～
薬剤費				投薬期間 ～
薬剤費				投薬期間 ～
薬剤費				投薬期間 ～
薬剤費				投薬期間 ～
薬剤費				投薬期間 ～
訪問看護				訪問看護期間 ～
訪問看護				訪問看護期間 ～
訪問看護				訪問看護期間 ～
訪問看護				訪問看護期間 ～
訪問看護				訪問看護期間 ～
アフターケア委託費 (診療費)				診察年月日
アフターケア委託費 (診療費)				診察年月日
アフターケア委託費 (診療費)				診察年月日
アフターケア委託費 (診療費)				診察年月日
アフターケア委託費 (診療費)				診察年月日
アフターケア委託費 (薬剤費)				処方年月日
アフターケア委託費 (薬剤費)				処方年月日
アフターケア委託費 (薬剤費)				処方年月日
アフターケア委託費 (薬剤費)				処方年月日

第療 号

## 労災保険等支払証明書

## 1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	生年月日： 二次健康診断受診年月日：

## 2 給付に関する事項

給付種別	支払額
二次健診費	円
合 計	円

左記に示す金額の内訳については  
「3 給付に関する事項(内訳)」を  
参照してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長



## 労災保険年金等支払証明書

年金証書の番号

受給者(住所)

(氏名) \_\_\_\_\_

支払期年月	労災保険年金	労災援護 給付金	労災就学等 援護費	合計支払額	備考
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
合計	円	円	円	円	

上記のとおり相違ないことを証明する。

(元号) 年 月

官署支出官

厚生労働省労働基準局長

印

第 - 号

## 労災保険等支払証明書

## 1 受給者に関する事項

住 所	
氏 名	
労 働 保 険 番 号	
傷 病 年 月 日	
被 災 者 生 年 月 日	
被 災 者 氏 名 カ ナ	

## 2 給付に関する事項

給 付 種 別	
支 払 年 月 日	
備 考	

	支 払 額	備 考
保 険 給 付		
特 別 一 時 金		
定 額 の 特 別 支 給 金		
未 支 給 の 援 護 費		
支 払 額 合 計		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印



第 - 号

石綿健康被害救済法に基づく特別遺族給付金  
特別遺族一時金支払証明書

1 受給者に関する事項

住 所	
氏 名	
労 働 保 険 番 号	
傷 病 年 月 日 ( 死 亡 年 月 日 )	
被 災 者 生 年 月 日	
被 災 者 氏 名 カ ナ	

2 給付に関する事項

給 付 種 別	
支 払 年 月 日	
備 考	

	支 払 額	備 考
特別遺族一時金		
支 払 額 合 計		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印