

# 労 災 保 険 先 行 願 い

令和 年 月 日 \_\_\_\_\_ において  
被災した件について、下記により労災保険を先行して頂きたいをお願いします。

## 記

1. 保険給付種別 療養（補償）給付

（該当に○） 休業（補償）給付

2. 労災保険先行理由 （該当理由番号を○で囲んでください）

- (1) 自分の過失が大きいため
- (2) 具体的な過失割合の判断ができないため
- (3) 相手方が不明であるため
- (4) その他

（ 理由 \_\_\_\_\_ ）

上記給付と同一内容のものについては、自賠責保険及び任意保険へは請求しないことを誓約いたします。

なお、本件につきましては相手方 \_\_\_\_\_ 殿（又は代理人 \_\_\_\_\_ 保険会社）と打合せ済であることを申し添えます。

令和 年 月 日

請求人 住 所

氏 名

横浜北 労働基準監督署長 殿