

# 労災保険支給決定証明願

仙台労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

次の保険給付等について、支給決定の証明を願います。

保険給付等の受給者	ふりがな		生年月日	S・H・R	年	月	日	
	氏名							
	現住所（居所）	(〒 - ) 都道府県						
	電話番号	( )						
	労働保険番号							(労災年金についての証明の場合は記入不要です)
	年金証書番号							(労災年金を受けられていない場合は記入不要です)
負傷（発病）年月日	S・H・R	年	月	日				

上記請求人と異なる方（遺族、成年後見人等）が証明を願ひ出る場合は、以下についても併せてご記入ください。  
(添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)

申請者氏名		請求人との関係	
住所		電話番号	( )

証明を希望する給付の種類に☑してください。

療養(補償)給付

支給決定年月日

療養の費用

<種別>

一般診療 柔道整復 看護 移送費 薬剤費 はりきゅう  
装具 診断書

<証明事項>

支給決定年月日 支給決定金額 療養期間

休業(補償)給付

支給決定年月日 支給決定金額 休業期間 給付日数  
給付基礎日額

一時金等

<種別>

障害(補償)一時金 遺族(補償)一時金 葬祭料

<証明事項>

支給決定年月日 支給決定金額 給付基礎日額 算定基礎日額  
給付日数 障害等級(障害(補償)一時金のみ証明可能)

年金等

<種別>

障害(補償)年金 遺族(補償)年金 傷病(補償)年金

<証明事項>

支給決定年月日 給付基礎日額  
算定基礎日額 障害等級(障害(補償)一時金のみ証明可能)

使用目的、提出先、必要枚数をご記入ください。

使用目的	
提出先	(必要枚数 枚)

受領委任欄(証明書を受給者本人以外に送付することを希望する場合に下記をご記入ください。)

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。

受給者氏名 \_\_\_\_\_  
受取人氏名 \_\_\_\_\_  
受取人住所 \_\_\_\_\_

必ずお読みください

【労災保険支給決定証明願の記入要領と注意事項】

- 1.この証明願を元に交付する証明書では、先に送付しました労災保険支給決定通知書に記載されていない事項や未だ決定されていない給付等についての証明はできません。
- 2.この証明願は、労災保険給付等の受給者本人が請求することを原則としますが、受給者が死亡等した場合の相続人及び法定代理人等が申請することも可能です。  
請求人が相続人の場合は受給者と相続人の関係がわかる書類（例として戸籍謄本）、成年後見人等の場合はその資格を証明できる書類（例として登記事項証明書）に加え、住所が記載されている本人確認書類（例として運転免許証）の写しを添付してください。
- 3.証明書の交付は原則1枚です。複数枚必要な場合であっても必要最小数としてください。