

労災保険支給決定証明願  
裏面の注意事項を必ずお読みください。

奈良労働局長 殿  
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。

|                                                                                                  |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|------|---|---|---|--|
| ① 保険給付等の受給者                                                                                      | ふりがな        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                      | (元号) | 年 | 月 | 日 |  |
|                                                                                                  | 氏名          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
|                                                                                                  | 現住所<br>(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   | (元号)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年                         |      | 月 |   | 日 |  |
| ※上記請求人と異なる方(遺族、成年後見人等)が証明を願い出る場合は、以下についても併せてご記入ください。<br>(添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)              |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ②                                                                                                | 申請者氏名       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 請求人との関係                   |      |   |   |   |  |
|                                                                                                  | 住所          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号                      | ( )  |   |   |   |  |
| ③ 証明を希望する給付の種類に☑してください。                                                                          |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 休業(補償)給付                                                                |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 療養の費用(右の種別に○を付してください。)                                                  |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 一時金等(右の種別に○を付してください。)                                                   |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 労災年金(必ず年金証書番号を記入してください。)                                                |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 上記以外( )                                                                 |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ④ 証明が必要な事項                                                                                       |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 支給決定年月日 <input type="checkbox"/> 算定基礎日額 <input type="checkbox"/> その他( ) |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 支給決定金額 <input type="checkbox"/> 給付日数                                    |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 給付基礎日額 <input type="checkbox"/> 障害等級                                    |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ⑤ 使用目的、提出先をご記入ください。                                                                              |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ・使用目的 _____                                                                                      |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ・提出先 _____ (必要枚数 枚)                                                                              |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ※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ください。                                                          |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| ⑥ 受 領 委 任 欄                                                                                      |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| 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。                                  |             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |      |   |   |   |  |
| 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 この証明願で証明する事項は、労災保険給付等の受給者、給付の種類、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、障害等級及び給付を特定する補足的事項です。  
労災保険給付等を給付された時期や給付の種類によって、証明書を交付する証明機関が異なりますので、各々に応じ証明願を提出する必要があります。
- 4 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少数としてください。