

令和 年 月 日

____労働基準監督署長 殿

請求権者 住所_____

氏名_____

労働者災害補償保険給付先行届出（理由）書

事故発生年月日	令和 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者（被災者）氏名			
第二当事者（相手方）氏名			
自賠償保険（共済）連絡先			
任意保険（共済）連絡先			

上記にかかる第三者行為災害に関し、下記の理由により選択した労災保険の先行給付をお願いします。

なお、先行給付を受けた後、労災保険請求と同一の損害について自賠償保険会社（共済）・任意保険会社（共済）及び第二当事者（相手方）から支払いを受けた場合には、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。

記

先行給付を希望する理由

保険給付の種類（希望する保険給付にチェック）

療養補償給付及び療養給付

休業補償給付及び休業給付

障害補償給付及び障害給付

遺族補償給付及び遺族給付

葬祭料及び葬祭給付

その他（ ）