

企業倒産に伴い賃金が支払われないまま退職された方へ

# 未払賃金の立替払制度のご案内

I

## 未払賃金の立替払制度について

未払賃金の立替払制度は、労働者とその家族の生活の安定を図る国のセーフティネットとして、企業倒産に伴い賃金が支払われないまま退職した労働者に対し、「賃金の支払の確保等に関する法律」（昭和51年5月27日 法律第34号）に基づいて、その賃金の一部を政府が事業主に代わって立替払する制度です。「労働者災害補償保険法」（昭和22年4月7日 法律第50号）第29条により社会復帰促進等事業として、独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」といいます。）が業務を実施しています。

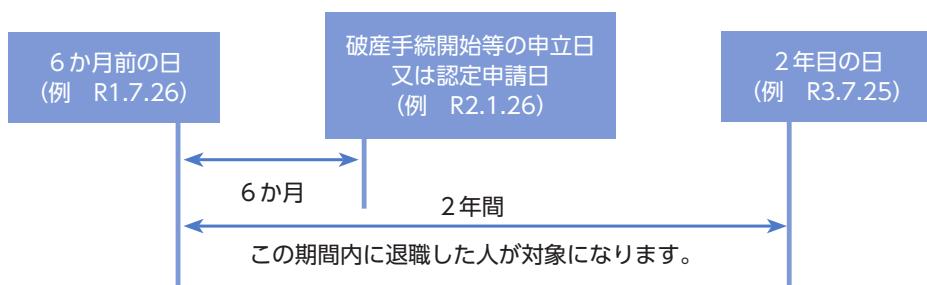
機構は、立替払を行った時は、その立替払金に相当する額について労働者の賃金請求権を代位取得し、事業主等に求償しています。

II

## 立替払を受けることができる人

**立替払を受けることができる人は、次の要件を満たしている方です。**

- 労働者災害補償保険（労災保険）の適用事業で1年以上事業活動を行っていた事業主（法人、個人は問いません。）に雇用され、企業倒産に伴い賃金が支払われないまま退職した労働者（労働基準法第9条の労働者に限る。）であった方
- 裁判所への破産手続開始等の申立日（法律上の倒産の場合）又は労働基準監督署長に対する事実上の倒産の認定申請日（事実上の倒産の場合）の6か月前の日から2年の間に当該企業を退職した方  
（注）退職後6か月以内に裁判所への破産手続開始等の申立て又は労働基準監督署長への認定申請がなされなかった場合は、立替払の対象とはなりません。



- 未払賃金額等について、破産管財人等の証明（法律上の倒産の場合）又は労働基準監督署長の確認（事実上の倒産の場合）を受けた方

## 労災保険の適用事業

労働者災害補償保険法の規定が適用される事業をいいます。労働者を1人以上使用する事業であれば、農林水産業の一部を除いて、すべて該当します。

なお、同居の親族のみを使用する事業は、適用事業に該当しません。

## 労働者（労働基準法第9条の労働者に限る。）

倒産した事業主に雇用され、労働の対価として賃金の支払を受けていた人をいいます（パート・アルバイト等も含みます。）同居の親族については、その同居の親族がたとえ事業場で形式上労働者として働いている体裁をとっても、一般的には実質上事業主と利益を一にし、事業主と同一の地位にあると認められ、原則として労働者とは認められません。

なお、家内労働法による内職等に従事する家内労働者は対象になりません。

また、代表権を有する会社役員等は対象なりません。

## 立替払の対象となる倒産

### （1） 法律上の倒産

破産手続開始の決定（破産法）・特別清算手続開始の命令（会社法）・

再生手続開始の決定（民事再生法）・更生手続開始の決定（会社更生法）

### （2） 事実上の倒産（中小企業事業主のみ）

企業が倒産して事業活動が停止し、再開する見込みがなく、かつ、賃金支払能力がない状態になったことについて労働基準監督署長の認定があった場合

#### ア) 「事業活動停止」とは

事業場が閉鎖され、労働者全員が解雇されるなどにより、その事業本来の事業活動が停止した場合をいいます。事業の廃止のために必要な清算活動を行っているに過ぎない場合は該当しますが、事業規模を縮小してもその事業本来の事業活動を継続している場合は該当しません。

#### イ) 「再開の見込みなし」とは

一般的には、事業主が事業の再開の意図を放棄し、又は清算活動に入るなどにより再開する見込みがなくなった場合をいいます。

#### ウ) 「賃金支払能力なし」とは

一般的には、事業主に賃金の支払に充てられる資産がなく、かつ、資金の借入れ等を行っても賃金支払の見込みがない場合をいいます。負債額が資産額を上回る、いわゆる債務超過であることのみでは該当しません。

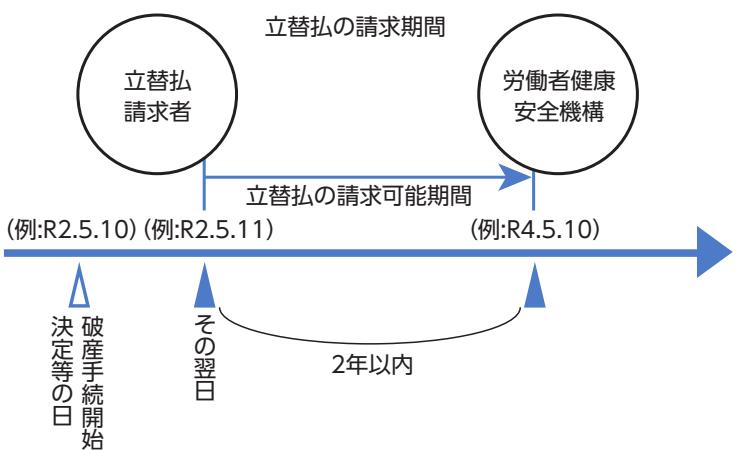
なお、中小企業事業主とは、以下のいずれかに該当する事業主をいいます。

|                            | 資本の額 又は 出資の総額 | 常時使用する労働者数 |
|----------------------------|---------------|------------|
| 一般産業<br>(卸売業・サービス業・小売業を除く) | 3億円以下の法人      | 300人以下     |
| 卸売業                        | 1億円以下の法人      | 100人以下     |
| サービス業                      | 5千万円以下の法人     | 100人以下     |
| 小売業                        | 5千万円以下の法人     | 50人以下      |

## III

## 立替払の請求ができる期間

立替払の請求ができる期間は、破産等法律上の倒産の場合は裁判所の破産手続の開始等の決定日又は命令日の翌日から起算して2年以内、事実上の倒産の場合は労働基準監督署長が倒産の認定をした日の翌日から起算して2年以内です。この期間内に未払賃金の立替払請求書を機構に提出しなければならず、期間を過ぎた場合は立替払を受けることができません。

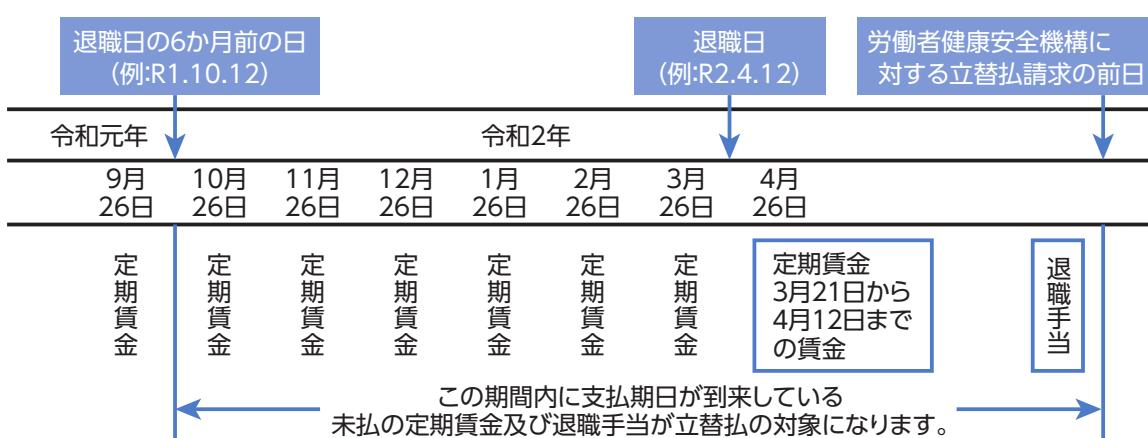


## IV

## 立替払の対象となる未払賃金

立替払の対象となる未払賃金は、退職日の6か月前の日から機構に対する立替払請求の日の前日までの間に支払期日が到来している「定期賃金（※1）」及び「退職手当（※2）」です。ただし、未払賃金総額が2万円未満のときは対象外です。

賃金締切日：毎月20日 支払期日：当月26日



(注) 4月分の賃金 (R2. 3. 21～R2. 4. 12) は、日割計算になります。

### ※1 定期賃金

労働基準法第24条第2項に規定する、毎月1回以上定期的に決まって支払われる賃金（例：基本給・家族手当・通勤手当・時間外手当等）で、所得税、住民税、社会保険料等法定控除額を控除する前の額になります。

### ※2 退職手当

退職手当は、労働協約、就業規則（退職金規程）等に基づいて支給される退職金をいいます。事業主が、中小企業退職金共済制度等の社外積立の退職金制度に加入し、他制度から退職金が支払われる場合は、支払われる額の確定を待って、その額を差し引いた額が立替払の対象になります。

### ※3 日割計算について

月給制（欠勤しても賃金が減額されない完全月給制を含みます。）において、退職日が賃金計算期間の途中の日である場合は、退職日以前の労働に対応する部分につき日割計算した額になります。

＜日割計算の方法＞

就業規則等で具体的に定められている方法により計算しますが、定められていない場合には、出勤日数に応じて計算することになります。

「日割計算した賃金額」 = 「月給及び月決めの各種手当（役職手当・家族手当・通勤手当等）」 × 「実労働日数」 ÷ 「所定労働日数（月によって所定労働日数が異なる場合は、年間所定労働日数を12月で除した平均所定労働日数）」

### ※4 立替払の対象にならないもの

賞与その他臨時に支払われる賃金、解雇予告手当、賃金の延滞利息、年末調整の税金の還付金、慰労金・祝金名目の恩恵的又は福利厚生上の給付、実費弁償としての旅費・用品代等は立替払の対象にはなりません。

### ※5 未払賃金から差し引かれるもの

支払われるべき定期賃金及び退職手当のうち既に支払を受けた場合や事業主の債権に基づき毎月の賃金から差し引かれている社宅料、会社からの物品購入代金、貸付金、返済金等がある場合は、未払賃金から差し引かれた後の額になります。

## V

## 立替払される金額

立替払される金額は、未払賃金総額の100分の80の額です。ただし、立替払の対象となる未払賃金総額には、退職日の年齢による限度額があり、その限度額を超えるときは、立替払される金額は限度額の100分の80となります。

| 退職日における年齢  | 未払賃金総額の限度額 | 立替払上限額 |
|------------|------------|--------|
| 45歳以上      | 370万円      | 296万円  |
| 30歳以上45歳未満 | 220万円      | 176万円  |
| 30歳未満      | 110万円      | 88万円   |

例1 退職日の年齢32歳、未払賃金総額170万円（定期賃金50万円、退職手当120万円）の場合

未払賃金総額の170万円が、30歳以上45歳未満の限度額220万円を超えていないので、立替払額=170万円×0.8=136万円となります。

例2 退職日の年齢48歳、未払賃金総額470万円（定期賃金150万円、退職手当320万円）の場合

未払賃金総額の470万円が、45歳以上の限度額370万円を超えているので、立替払額は、立替払の上限額296万円となります。

## VI

## 立替払の請求手続

「法律上の倒産の場合」と「事実上の倒産の場合」では、請求手続が異なりますので、注意してください。

## 1 法律上の倒産の場合の請求手続

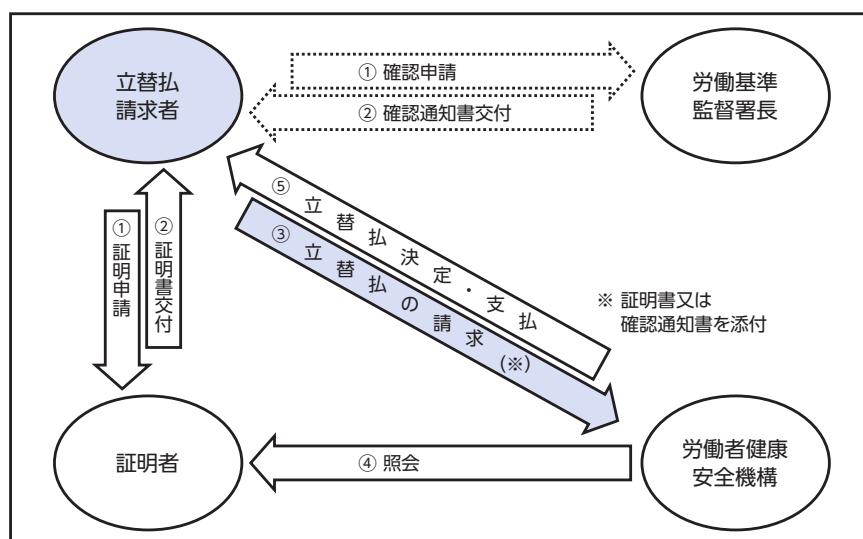
（1）立替払請求者は、以下の倒産の区分に応じた証明者に対して、立替払請求の必要事項についての証明を申請します。

| 倒産の区分 | 証明者        |
|-------|------------|
| 破産    | 破産管財人      |
| 特別清算  | 清算人        |
| 民事再生  | 再生債務者（管財人） |
| 会社更生  | 管財人        |

（2）破産管財人等証明者から証明書が交付されたら、立替払請求者は、「立替払請求書」及び「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に必要事項を記入し、証明書と切り離さないで機関に送付してください。

(3) 立替払請求の必要事項の全部又は一部について証明を破産管財人等証明者から得られなかった場合は、立替払請求者は、労働基準監督署長に対して、証明を得られなかった事項について確認申請ができます。

なお、詳細については、疎明資料や証明者から交付された証明書等を持参の上、最寄りの労働基準監督署に相談してください。

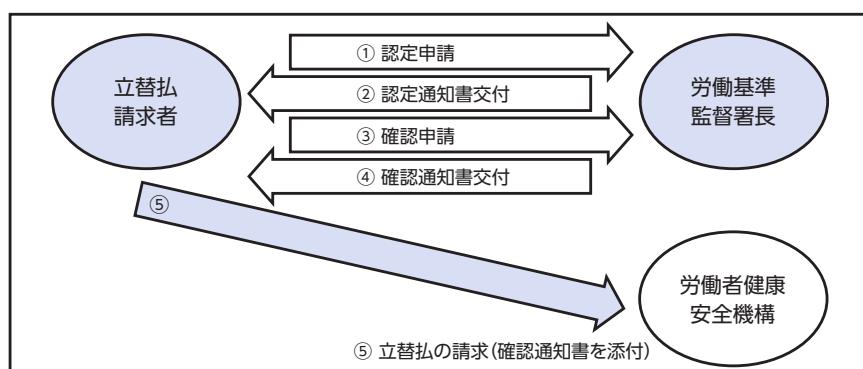


## 2 事実上の倒産の場合の請求手続

(1) 立替払請求者は、労働基準監督署長に対して、当該事業場が事業活動を停止し、再開の見込みがなく、かつ、賃金支払能力がない状態になったことについて認定の申請を行います。認定の申請は、当該事業場を退職した立替払請求者が2人以上いる場合は、そのうちの1人が認定を受ければ足り、その効果は他の退職労働者にも及びます。

(2) 労働基準監督署長から認定通知書が交付されたら、立替払請求者は、労働基準監督署長に対して、立替払請求の必要事項についての確認の申請を行います。

(3) 労働基準監督署長から確認通知書が交付されたら、立替払請求者は、「立替払請求書」及び「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に必要事項を記入し、確認通知書と切り離さないで機関に送付してください。



## 船員に係る立替払の請求手続

船員法第1条に規定する船員については「立替払請求書」の提出先が地方運輸局になりますので注意してください。

### 1 法律上の倒産の場合

- (1) 立替払請求者は、破産管財人等の証明者に対して、立替払請求の必要事項についての証明を申請し、証明書が交付されたら、立替払請求者は、「立替払請求書」及び「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に必要事項を記入し、証明書と切り離さないで地方運輸局に送付してください。
- (2) 立替払請求の必要事項の全部又は一部について証明を破産管財人等証明者から得られなかつた場合は、立替払請求者は、地方運輸局長に対して、証明を得られなかつた事項について確認申請ができます。詳細については、疎明資料や証明者から交付された証明書等を持参の上、最寄りの地方運輸局に相談してください。

### 2 事実上の倒産の場合

- (1) 立替払請求者は、地方運輸局長に対して、船員手帳を提示の上、認定の申請を行います。認定通知書が交付されたら、地方運輸局長に対して、船員手帳を提示の上、立替払請求の必要事項についての確認の申請を行います。
- (2) 地方運輸局長から確認通知書を交付されたら、立替払請求者は、「立替払請求書」及び「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に必要事項を記入し、確認通知書と切り離さないで地方運輸局に送付してください。

VII

## 立替払金の支払

機構は、提出された「未払賃金の立替払請求書」を審査し、支払が決定した場合に、未払賃金立替払支給決定通知書（退職所得に関する源泉徴収票・特別徴収票を含む。）を請求者に送付し、請求者が指定した請求者本人名義の普通預金口座に立替払金を振り込みます。

なお、立替払金は、定期賃金分、退職手当分のいずれも、租税特別措置法第29条の4の規定により退職所得として取り扱われ、他の所得と分離して課税されます。ただし、退職所得については、下記のとおり、退職所得控除が認められていますので、立替払請求書下欄の「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に記入がある場合は控除が受けられます。

| 勤続年数      | 退職所得控除額                           |
|-----------|-----------------------------------|
| 20年以下の場合  | 40万円×勤続年数<br>(80万円に満たない場合には、80万円) |
| 20年を超える場合 | 800万円+70万円×(勤続年数-20年)             |

VIII

## 不正受給が行われた場合

偽りその他不正の行為により立替払金を得た場合や、事業主が不正に加担し偽りの報告又は証明をしたため立替払金が支払われた場合には、それらの行為により立替払金を得た者及びそれに加担した者に対して詐欺罪として刑事告発を行うこととなります。

また、偽りその他不正の行為により立替払金を得た者や、それに加担した事業主については、国から、立替払された金額の返還及びそれに相当する金額の納付（いわゆる倍返し）が命じられることとなります。

## 1 求償権の行使

立替払を行ったときは、機構は、民法第499条の規定により、立替払金に相当する金額について立替払を受けた労働者の賃金請求権を代位取得します。

機構は、国の債権管理等に関する法律に準じ代位取得した賃金債権により、事業主等に対して求償を行います。

具体的には、法律上の倒産の場合は、破産管財人等に対して、当月内に立替払した分をまとめて翌月上旬に代位取得及び支払内容を通知し、破産管財人等から賃金債権の裁判所への届出の回答を受け取った後、翌月末までに破産債権届出書又は破産債権名義変更届出書を裁判所へ提出します。事実上の倒産の場合は、事業主に対して、当月内に立替払した分をまとめて翌月上旬に支払内容を通知するとともに、賃金債務の弁済を請求します。機構から立替払があったからといって、事業主は賃金支払義務を免れるものではありません。

### (1) 破産・会社更生の場合

- ア) 破産管財人又は管財人に対して、賃金債権の代位取得を通知
- イ) 裁判所に対して、債権の届出又は債権者名義変更の届出を行い、破産手続に参加
- ウ) 財団債権の弁済、優先的破産債権の配当

### (2) 民事再生・特別清算の場合

- ア) 再生債務者（管財人）又は清算人に対して、賃金債権の代位取得を通知及び弁済の請求
- イ) 再生債務者（管財人）又は清算人に対して、債務承認書、弁済計画書の提出依頼及び弁済の請求

### (3) 事実上の倒産の場合

- ア) 事業主に対して、未払賃金立替払の通知及び賃金債務の弁済請求
- イ) 弁済の督促
- ウ) 必要に応じ、差押え、仮差押え、抵当権の設定、民事訴訟の提起による賃金債権の保全

## 2 立替払金の充当について

立替払金の充当の順位は、民法第488条及び機構業務方法書により、退職手当に充当し次に定期賃金に充当します。その際、定期賃金に弁済期が異なるものがあるときは、それぞれ弁済期が到来した順序に従い充当します。

なお、破産手続においては、機構の立替払金は、弁済期が同じ債権については、労働者の賃金請求権と同一の性質を有するため、実務上、財団債権部分と優先的破産債権部分の比率に応じて按分する取扱いとしています。

X

# 立替払請求書・退職所得申告書の記入のしかた

## 記入に当たってのお願い

- 記入事項は、黒のボールペンで、楷書（かいしょ）で記入してください。
- 枠からはみ出さないように記入し、数字は右づめで記入してください。
- 提出する前に、記入もれ、記入誤りがないか、もう一度確認してください。
- 請求書及び申告書に記入もれ等があった場合は、確認のため機構からお問い合わせさせていただくとともに、立替払が遅れる原因になりますので注意してください。
- 請求書及び申告書の記入方法等について、わからない点がありましたら、労働者健康安全機構未払賃金立替払相談コーナー又は最寄りの労働基準監督署にお問い合わせください。

## ■「未払賃金の立替払請求書」の記入のしかた

|         |                       |    |       |    |   |   |   |   |   |     |   |
|---------|-----------------------|----|-------|----|---|---|---|---|---|-----|---|
| 請求者     | 独立行政法人 労働者健康安全機構理事長 殿 |    | 請求年月日 | 年  | 月 | 日 |   |   |   |     |   |
|         |                       |    |       | 生  | 年 | 月 | 日 |   |   |     |   |
|         |                       |    | 男     | 大正 | 年 | 月 | 日 |   |   |     |   |
|         |                       |    | 女     | 昭和 |   |   |   |   |   |     |   |
| 氏名      |                       | 平成 | 年     | 月  | 日 |   |   |   |   |     |   |
| フリガナ    |                       | 令和 |       |    |   |   |   |   |   |     |   |
| 現住所     |                       | 〒  |       |    |   |   |   |   |   |     |   |
| 立替払請求金額 |                       | 百万 | 拾万    | 万  | 千 | 百 | 拾 | 毫 | 円 | ( ) | — |

1 2 3 4 4

### 1 | まず「請求年月日」を記入します。

この請求書を機構に発送する日を記入してください。

### 2 | 「請求者氏名」を記入します。

- (1) 氏名は戸籍上の氏名を記入してください。婚姻等によって、証明書又は確認通知書に記載された「氏」が変わっている場合は、戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）又は戸籍個人事項証明書（戸籍抄本）の写し等を添付してください。
- (2) フリガナは必ず記入し、普通預金口座名義と同じフリガナを記入してください。
- (3) 男女いずれかに○を記入してください。

### 3 | 「生年月日」を記入します。

西暦ではなく、該当する元号に○をして、元号年（<例：昭和> 52 <年>）を記入してください。

### 4 | 「現住所・電話番号」を記入します。

- (1) 現在居住している住所を記入してください。また、郵便番号を忘れずに記入してください。
- (2) 現住所は番地まで正確に書いてください。住宅団地・アパート・マンション・社宅・宿舎又は寄宿の場合は、その名称・棟・号又は寄宿先の氏名を必ず記入してください。
- (3) 電話番号は、据付の電話番号のほか、携帯電話をお持ちの場合はその番号も記入してください。

5 | 「立替払請求金額」を記入します。

- (1) 請求書の右側にある「証明書」又は「確認通知書」の下欄「未払賃金の立替払額の計算」にある「未払賃金の立替払額」欄の金額を記入してください。なお、「未払賃金総額又は限度額」を誤って記入される場合がありますが、この場合は請求者に訂正していただくことになり、その分支払が遅れてしまうことになるので注意してください。

(2) 数字は右づめで記入し、桁を間違えないように注意してください。金額の前に空欄があるときには、直前の空欄に「¥」を記入してください。

6 | 「立替払金振込先金融機関」を記入します。(15ページの各種届出一覧参照)

- (1) 必ず請求者本人名義の普通預金口座を記入してください。(請求者本人以外の口座には振り込むことができません。法人名・屋号が記載された口座名義も不可です。)
  - (2) 請求者本人の普通預金通帳を確かめて、金融機関名・店名・店番・普通預金口座番号を間違えないよう記入してください。また、店舗の統廃合により、店名・店番が変更されていないか確認してください。
  - (3) ゆうちょ銀行を指定される方は、振り込み用の店名・店番・口座番号を記入してください。また、通帳の写し〔表紙の裏側部分（振込用の店名・店番・口座番号が印字されている部分）〕を添付してください。
  - (4) 外国人の方は、誤振込防止のため、通帳の写し〔表紙の裏側部分（口座名義人・口座番号・支店名等が印字されている部分）〕を添付してください。

A 「海外送金申請書」（様式は機構までお問い合わせください。）

#### B 本人確認ができる書類（aとb全て）

### a 在留カード（両面）の写し

b パスポートの写し（顔写真のあるページ及び日本国入国日・出国日の記載された全ページ）

C 送金先銀行の通帳の写し（通帳がない場合は、口座を開設したことを証明する書類）

※1. 立替払請求額から振込手数料を控除してお支払いします。

※ 2. 1 5ページ記載の各種届出一覧「外国人が立替払請求する場合」を参照してください。

◎立替払金振込先金融機関の指定（請求者本人名義の普通預金口座に限ります。）

|                    |   |  |  |  |   |
|--------------------|---|--|--|--|---|
| 金融機関名              |   |  |  |  | (番号を○で印してください。)<br>① 銀行 ② ゆうちょ銀行(郵便局) ③ 信託銀行<br>④ 信用金庫 ⑤ 信用組合 ⑥ 労働金庫<br>⑦ 農業協同組合(漁業協同組合は利用できません。) |
| フリガナ               |   |  |  |  |   |
| 本・支店(支所)名<br>(出張所) | (注意事項)<br>1 ゆうちょ銀行を指定される方は、振込用の店名・店番・口座番号を記入してください。<br>2 ゆうちょ銀行を指定される方は、通帳の写し(名義人・口座番号がわかる部分)を添付してください。<br>3 外国籍の方(日本語に不安がある方)は、誤振込防止のため、2と同様に通帳の写しを添付してください。 |  |  |  |   |
| 本・支店番号             |   |  |  |  |   |
| 普通預金口座番号           |   |  |  |  |   |
| フリガナ               |   |  |  |  |   |
| 口座名義人              |   |  |  |  |   |

以上が「未払賃金の立替払請求書」の記入のしかたです。

#### ■氏名、住所、振込先金融機関を変更する場合

破産管財人が証明している氏名・住所から変更がある場合及び振込先金融機関が変更となる場合は、右の「未払賃金の立替払請求者の氏名・住所・振込先金融機関変更届」を当機構のホームページからダウンロードして、必要事項を記載し、それぞれの項目の必要書類とともに提出してください。電話・メールによる変更は受け付けておりません。

- ※ 1. 「住民票の写し」を提出される場合は、本籍地、個人番号（マイナンバー）が記載されていないものを提出してください。（未払賃金立替払制度では利用していないため）
  - ※ 2. 15ページ記載の各種届出一覧を参照してください。

|  |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|------|------|--------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--|--|------|---------------|--------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|--|---|--|
| 令和一年一月一日   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| 未払資金の立替払請求者の氏名・住所・郵便小包届出地記入欄   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| 独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>立替払請求者登録用紙   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| <p>登録番号<br/>登録年月日<br/>登録会社名<br/>登録者名</p> <p>下記のとおり登録する・変更・削除を希望する旨を記入して下さい。</p> <p>支拂い登録用紙<br/>登録年月日<br/>登録会社名<br/>登録者名</p> <p>○登録を実施した場合</p> <table border="1"> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者の氏名</td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者の氏名</td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者の氏名</td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者の氏名</td> </tr> <tr> <td>● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br/>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)</td> </tr> <p>○登録を実施した場合</p> <table border="1"> <tr> <td>登録番号</td> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※ 電話番号記入した場合は、お電話番号(例)：(市町村)電話番号(マッチバーチ記載されていない場合は、市町村電話番号記入して下さい)</td> </tr> <p>○登録を変更・削除を実施する場合</p> <table border="1"> <tr> <td>登録番号</td> <td>(銀行・金融・郵便・機関)</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> <td>■ (フリガナ)<br/>登録者名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br/>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br/>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)</td> </tr> </table> </table></table> |                  | ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名 | ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名 | ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名 | ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名 | ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号) | 登録番号 | 電話番号 | (フリガナ) |  | ■ (フリガナ)<br>登録者名 | ※ 電話番号記入した場合は、お電話番号(例)：(市町村)電話番号(マッチバーチ記載されていない場合は、市町村電話番号記入して下さい) |  | 登録番号 | (銀行・金融・郵便・機関) | (フリガナ) |  | ■ (フリガナ)<br>登録者名 | ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号) |  | ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号) |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者の氏名   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)  |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| 登録番号   | 電話番号             |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| (フリガナ)   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ※ 電話番号記入した場合は、お電話番号(例)：(市町村)電話番号(マッチバーチ記載されていない場合は、市町村電話番号記入して下さい)   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| 登録番号   | (銀行・金融・郵便・機関)    |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| (フリガナ)   |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ■ (フリガナ)<br>登録者名   | ■ (フリガナ)<br>登録者名 |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)  |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |
| ● 市町村名又は店舗名(例)：(市町村名)独立行政法人介護保険安全推進事業本部<br>登録番号(例)：(登録番号)登録者名(例)：(登録者名)登録者登録番号(例)：(登録番号)登録者登録番号(例)：(登録番号)  |                  |                    |                    |                    |                    |   |      |      |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |  |  |      |               |        |  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |   |  |   |  |

## ■「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」について

立替払金は、定期賃金分、退職手当分のいずれも、租税特別措置法第29条の4の規定により退職所得として取り扱われ、他の所得と分離して課税されます。

ただし、退職所得については、下記のとおり、退職所得控除が認められていますので、立替払請求書下欄の「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に記入がある場合は控除が受けられます。

したがって、「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に必要事項を記入して提出する必要があります。提出がない場合（未記入の場合）は、立替払額の20.42%相当額が源泉徴収されます。

なお、立替払金以外に他の退職手当がある場合（中小企業退職金共済制度等の社外積立の退職金の支給を受けている場合等）は、立替払請求書下欄の「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」ではなく、正規の「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」（税務署に備え付けのもの、国税庁又は機構のホームページからダウンロード可能）及び当該退職所得に係る「退職所得の源泉徴収票・特別徴収票」（写）の提出が必要となります。

上記申告書は、その名称から、退職手当に係る立替払の場合にのみ必要であり、定期賃金に係る立替払の場合は不要と誤解されがちですが、退職手当の未払いがない、定期賃金のみの未払いの場合であっても、必ず記入してください。

- ※ 1. 個人番号（マイナンバー）は、未払賃金立替払制度では利用しておりませんので、記入していただく必要はありません。

※ 2. 15ページ記載の各種届出一覧を参照してください。

## ■「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」の記入のしかた

### 1 | 「退職した年」を記入します。

「年分」欄に請求者が退職した年を記入してください。

例) 令和2年4月に退職した場合は「2」と記入してください。

|                   |    |                        |                     |
|-------------------|----|------------------------|---------------------|
| 川崎北税務署長殿<br>市町村長殿 | 年分 | 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書 |                     |
|                   |    | 提出日                    | 上記立替払請求書記載請求年月日のとおり |

### 2 | 「氏名」を記入します。

請求者の氏名を記入してください。

|                   |                            |                        |                        |
|-------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|
| 川崎北税務署長殿<br>市町村長殿 | 年分                         | 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書 |                        |
|                   |                            | 提出日                    | 上記立替払請求書記載請求年月日のとおり    |
| 氏名                |                            | 退職年月日                  | 年月日                    |
| 退職した年の1月1日現在の住所   | 〒                          | あなたが退職した会社における勤続期間     | 自年月日至年月日               |
| 現住所               | 上記立替払請求書記載のとおり             | 障害者になったことにより退職した事実の有無  | *1年未満の端数は切り上げる。<br>有・無 |
| 非居住者の方は国籍名を記入     |                            | 入国年月日                  | 年月日                    |
| 退職所得の支払者の住所及び名称   | 所在地<br>神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 | 名称                     | 独立行政法人 労働者健康安全機構       |

### 3 | 「退職した年の1月1日現在の住所」を記入します。

請求者が退職した年の1月1日現在の住所を記入してください。

例) 退職した年が令和2年の場合、令和2年1月1日現在の住所（住民登録された住所）になります。

|                   |                            |                        |                        |
|-------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|
| 川崎北税務署長殿<br>市町村長殿 | 年分                         | 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書 |                        |
|                   |                            | 提出日                    | 上記立替払請求書記載請求年月日のとおり    |
| 氏名                |                            | 退職年月日                  | 年月日                    |
| 退職した年の1月1日現在の住所   | 〒                          | あなたが退職した会社における勤続期間     | 自年月日至年月日               |
| 現住所               | 上記立替払請求書記載のとおり             | 障害者になったことにより退職した事実の有無  | *1年未満の端数は切り上げる。<br>有・無 |
| 非居住者の方は国籍名を記入     |                            | 入国年月日                  | 年月日                    |
| 退職所得の支払者の住所及び名称   | 所在地<br>神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 | 名称                     | 独立行政法人 労働者健康安全機構       |

### 4 | 「退職年月日」・「退職した会社における勤続期間」を記入します。

請求者が当該会社を退職した年月日及び勤続期間について、証明書又は確認通知書の「雇入年月日」及び「基準退職日」を確認の上、記入してください。

なお、自（入社年月日）・至（退職年月日）は、証明書又は確認通知書の「雇入年月日」・「基準退職日」に書かれている年月日と同一になります。

また、勤続期間に1年未満の端数がある場合は切り上げて記入してください。

例) 勤続期間20年12日の場合、21年になります。

|                    |                       |         |   |                |   |   |   |
|--------------------|-----------------------|---------|---|----------------|---|---|---|
| 提出日                | 上記立替払請求書記載請求年月日のとおり   |         |   | 「証明書」又は「確認通知書」 |   |   |   |
| 退職年月日              | 年                     | 月       | 日 | 履入年月日          | 年 | 月 | 日 |
| あなたが退職した会社における勤続期間 | 自 年 月 日               | 至 年 月 日 |   | ⑤ 基準退職日        | 年 | 月 | 日 |
|                    |                       |         |   |                |   |   |   |
|                    | 障害者になったことにより退職した事実の有無 |         |   | 有              | ・ | 無 |   |
| 入国年月日              | 年                     | 月       | 日 |                |   |   |   |

### 5 | 「障害者になったことにより退職した事実の有無」を記入します。

倒産により退職されているため、無に○を記入してください。

|                       |                                    |                         |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 障害者になったことにより退職した事実の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 無 |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|

### 6 | 外国人の場合は「国籍名」及び「入国年月日」を記入し、以下の必要書類を提出してください。

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| 非居住者の方は<br>国籍名を記入 | 入国年月日 | 年 月 日 |
|-------------------|-------|-------|

外国人の場合は、日本国内の税制の適用の有無を確認するため、また、振込を正確に行うため以下の必要書類を提出してください。

#### 【必要書類 (A~C全て)】

- A 在留カードの写し (両面)
- B パスポートの写し (「顔写真のあるページ」と「日本国入国日・出国日の記載された全ページ」)
- C 通帳の写し [表紙の裏側部分 (口座名義、口座番号、支店名等記載部分)]

以上の、必要書類のAとBにて、以下の「日本国内に居住している要件」を満たしていることが確認できる場合は、退職所得の税制を受けることができるため、ほとんどの方が非課税となります。(立替払請求金額、勤務年数により課税となる場合があります。)

〔日本国内に居住している要件 (基準退職日時点で)〕

- ① 1年以上日本国内に住所又は居所を有すること。
- ② 日本国内にいること。

なお、要件を満たしていることが確認できない場合は、非居住者とみなして所得税及び復興特別所得税(20.42%相当額)を源泉徴収することになります。

※ 1. 租税条約 (協定) に関しては、別途手続きが必要となります。

※ 2. 15ページ記載の各種届出一覧「外国人が立替払請求する場合」を参照してください。

#### ※労働者が死亡した場合

労働者が死亡した場合は、死亡した労働者の相続人が立替払請求者となります。

したがって、「立替払請求書」の請求者欄、振込先金融機関欄には相続人の氏名、生年月日、住所、振込先金融機関名等を記入してください。「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申請書」の記入の必要はありません。

なお、相続人が複数いる場合は代表者に請求手続を行っていただくため、「代表者選任届」と退職労働者が死亡されていること及び請求者が相続人であることが明らかとなる戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し等を添付してください。

### ＜記入例＞

労働者健康安全機構送付用

機構整理番号

(注)  
未払賃金の立替払事業  
様式 第 8 号

未払賃金の立替払請求書

再立  
生替  
又は  
の更  
請求  
につ  
いで  
きて  
る期  
裁判所  
の倒  
産定  
がつ  
あい  
つた  
日労  
の労  
翌基  
監か  
ら督  
起署  
算し  
て認  
二定  
年が  
間あ  
でつ  
た。日  
又は  
破産  
特別  
清算  
算、  
口座  
名義人

賃金の支払の確保等に関する法律第7条の規定に基づき、次のとおり未払賃金の立替払を請求します。

|                       |                                |           |             |   |   |   |   |                      |
|-----------------------|--------------------------------|-----------|-------------|---|---|---|---|----------------------|
| 独立行政法人 労働者健康安全機構理事長 殿 |                                | 請求年月日     | 令和2年 9月 1日  |   |   |   |   |                      |
| 請求者                   | フリガナ                           | ケンコウ タロウ  | 男           |   |   |   |   |                      |
|                       | 氏名                             | 健康 太郎     | 大正 昭和 平成 令和 |   |   |   |   |                      |
|                       | 〒 211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 | 52年 7月 1日 |             |   |   |   |   |                      |
| 現住所                   | 健康安全マンション2号室                   |           |             |   |   |   |   |                      |
| 立替払請求金額               | 百万                             | 拾万        | 万           | 千 | 百 | 拾 | 老 | 電話番号                 |
|                       | 1                              | 5         | 6           | 8 | 0 | 0 | 0 | 円 ( 044 ) 431 - 8663 |

◎立替払金振込先金融機関の指定（請求者本人名義の普通預金口座に限ります。）

|                    |       |     |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|-------|-----|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名              | 健 康   |     |   |   |   |   |   | (番号を〇で囲んでください。)<br>①銀行 ②ゆうちょ銀行(郵便局) ③信託銀行<br>④信用金庫 ⑤信用組合 ⑥労働金庫<br>⑦農業協同組合(漁業協同組合は利用できません。)  |
| フリガナ               | アンゼン  |     |   |   |   |   |   | (注意事項)<br>1 ゆうちょ銀行を指定される方は、振込用の店名・店番・口座番号を記入してください。<br>2 ゆうちょ銀行を指定される方は、通帳の写し(名義人・口座番号がわかる部分)を添付してください。<br>3 外国籍の方(日本語に不安がある方)は、誤振込防止のため、2と同様に通帳の写しを添付してください。 |
| 本・支店(支所)名<br>(出張所) | 安全    |     |   |   |   |   |   |   |
| 本・支店番号             | 1     | 2   | 3 |   |   |   |   |   |
| 普通預金口座番号           | 1     | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |
| フリガナ               | ケンコウ  | タロウ |   |   |   |   |   |   |
| 口座名義人              | 健康 太郎 |     |   |   |   |   |   |   |

|                         |                              |                     |                        |                                |                                  |
|-------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 川崎北税務署長殿<br>市町村長殿       |                              | 2年分                 | 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書 |                                |                                  |
|                         |                              |                     | 提出日                    | 上記立替払請求書記載請求年月日のとおり            |                                  |
| 氏名                      | 健康 太郎                        |                     |                        | 退職年月日                          | 令和2年 4月 12日                      |
| 退職した年の<br>1月1日現在の<br>住所 | 〒031-0822<br>青森県八戸市白銀町7丁目7-7 |                     |                        | あなたが退<br>職した会社<br>における勤<br>続期間 | 自平成12年 4月 1日 21年<br>至令和2年 4月 12日 |
| 現住所                     | 上記立替払請求書記載のとおり               |                     |                        | 障害者になったことにより退職した事実の有無          | 有・無                              |
| 非居住者の方は<br>国籍名を記入       |                              |                     |                        | 入国年月日                          | 年 月 日                            |
| 退職所得の支払者の<br>住所及び名称     | 所在地                          | 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 |                        | 名称                             | 独立行政法人 労働者健康安全機構                 |

- この立替払金のほかに、前に退職手当等の支払を受けたことがある方は、この申告書には記入しないで、税務署に備え付けてある「退職所得の受給に関する申告書（以下「税務署備付申告書」）」に必要事項を記載のうえ提出してください。また、本年中に他に退職手当等の支払を受けたことがある方は、「税務署備付申告書」に支払者が交付した「退職所得の源泉徴収票」を添付して提出してください。
- 1以外の方は、必ず上欄の申告書（太枠欄）に記入してください。  
なお、非居住者（次のいずれかに該当する人。ア 日本国内に住所も居所も有しない人。イ 日本国内に住所がなく、かつ、日本国内に引き続き居所を有している期間が1年に満たない人。）の方は、所得税法及び租税条約に基づく課税となりますので、上欄の申告書に国籍名、入国年月日を記入してください。
- 上欄の申告書に記入がない場合又は「税務署備付申告書」の提出がない場合は、支払金額の20.42%相当額が退職所得に係る源泉徴収税額となります。

## ■立替払請求における請求書・証明書等の提出のしかた

「未払賃金の立替払請求書」及び「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」を記入したら、提出書類と添付書類を付け、証明書又は確認通知書を切り離さないで提出してください。

### <提出先>

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号  
独立行政法人 労働者健康安全機構 賃金援護部 審査課

### <注意>

立替払金振込先金融機関の金融機関名・店名・店番・普通預金口座番号に誤りがある場合、「退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書」に記入がない場合は、確認のため機構からお問い合わせさせていただくとともに、立替払が遅れる原因になりますので、念のために提出前に確認してください。

## ■立替払請求における各種届出一覧

| 届出が必要な場合                       | 提出書類   | 添付書類   | 注意事項   |
|--------------------------------|--|--|--|
| 立替払請求する場合                      | (立替払請求書の下欄にある) 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書<br>(11ページ参照) | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>立替払金は租税特別措置法により退職所得として扱われます。</li> <li>必ず申告書に記入してください。</li> <li>記入がない場合は、立替払額の20.42%相当額が源泉徴収されます。</li> </ul>   |
| 他の退職所得がある場合（中小企業退職金共済制度等の退職金等） | (税務署備付) 退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書<br>(11ページ参照)        | 当該退職所得に係る源泉徴収票の写し  | <ul style="list-style-type: none"> <li>申告書は国税庁又は機構のホームページからダウンロード可能です。</li> <li>個人番号（マイナンバー）を記入してください必要はありません。</li> </ul>  |
| ゆうちょ銀行を振込先に指定する場合<br>(10ページ参照) | -  | 通帳の写し  | 通帳は、表紙の裏側部分（他金融機関への振込用の店名・店番・口座番号記載部分）の写し。   |
| 外国人が立替払請求する場合<br>(10、13ページ参照)  | 立替払請求書   | <ul style="list-style-type: none"> <li>通帳の写し</li> <li>在留カード（両面）及びパスポートの写し</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>通帳は、表紙の裏側部分（金融機関名・支店名・口座番号・名義人等記載部分）の写し。</li> <li>パスポートは、顔写真のあるページ及び日本回国日・出国日の記載された全ページの写し。（13ページ6参照）</li> <li>海外送金を希望される場合は海外送金申請書が必要となりますので、当機構にお問い合わせください。（10ページ6（5）参照）</li> <li>通称名で請求される場合は別途書類が必要となります。（添付資料の氏名と同一人物であることが記載された書類の写し。）</li> </ul> |
| 氏名を変更した場合                      | 未払賃金の立替払請求者の氏名・住所・振込先金融機関変更届<br>(11ページ参照)          | 戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）又は戸籍個人事項証明書（戸籍抄本）の写し等   | <ul style="list-style-type: none"> <li>氏名の変更が分かる部分の写し</li> <li>個人番号カードの写しは、個人番号（マイナンバー）を塗りつぶしてください。</li> </ul>   |
| 住所を変更した場合                      |  | 自動車運転免許証の写し（表・裏）、住民票の写し等   | 「住民票の写し」は、本籍地、個人番号（マイナンバー）が記載されていないものを提出してください。  |
| 振込先金融機関を変更する場合                 |  | 変更する振込先金融機関の通帳の写し  | 振込先金融機関の通帳は、表紙の裏側部分（金融機関名・支店名・口座番号・名義人等記載部分）の写し。   |
| 労働者が死亡した場合<br>(13ページ参照)        | 代表者選任届   | 退職労働者が死亡していること及び請求者が相続人であることが明らかとなる戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）の写し等                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>請求者は相続人になります。</li> <li>立替払請求書の下欄にある退職所得の受給に関する申告書・退職所得申告書の記入は不要です。</li> </ul>   |

\*提出書類の様式は機構のホームページからダウンロード可能です。

## 労働者健康安全機構未払賃金立替払相談コーナー

立替払に関するお問い合わせ内容は主に以下のとおりです。来所又は電話での対応になります。

- 倒産に伴う賃金不払についての一般的なご相談 ○請求に必要な提出書類・添付書類の確認
- 未払賃金立替払制度に関するご質問 ○氏名・住所・受取金融機関の変更方法
- 請求手続きの流れ ○証明書の書き方
- 請求書の書き方

なお、請求者個人の具体的な立替払請求に関するお問い合わせは、原則としてご本人からのみに限らせていただくとともに、本人確認をお願いする場合があります。

また、具体的な支払日のお問い合わせにはお答えできません。

※具体的な支払日については、未払賃金立替払支給決定通知書(郵送)にてお知らせします。

電話番号 044-431-8663

相談時間 土・日・祝日を除く 9:15~17:00

## 厚生労働省外国人労働者向け相談ダイヤル

<https://www.check-roudou.mhlw.go.jp/soudan/foreigner.html>

労働条件等について、外国語で電話相談いただける窓口です。



〒 211-0021

神奈川県川崎市中原区

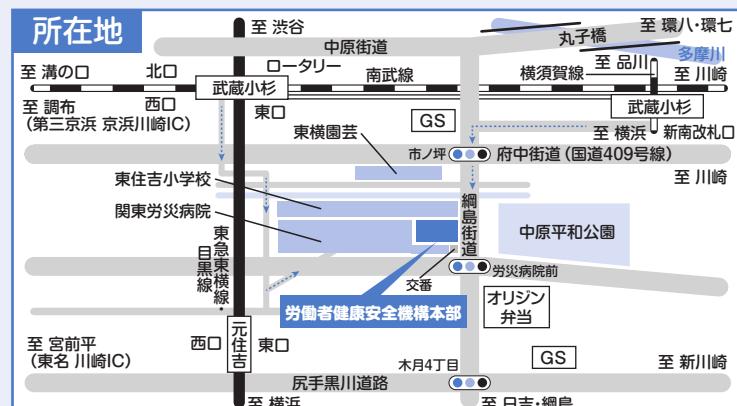
木月住吉町 1 番 1 号

独立行政法人労働者健康安全機構

賃金援護部 審査課

電話番号 044(431)8662

U R L <https://www.johas.go.jp>



ひと、くらし、みらいのために  
**厚生労働省**  
Ministry of Health, Labour and Welfare

・独立行政法人 労働者健康安全機構(JOHAS)

Japan Organization of Occupational Health and Safety

