

労災保険給付等支払証明願

< 裏面の注意事項を必ずお読みください >

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 殿

次の保険給付等について、支払の証明を願います。

			記入日	年	月	日	
① 被災労働者	ふりがな氏名		生年月日	大昭平令	年	月	日
	現住所(居所)	〒	都道府県				
	電話番号	()					
	労働保険番号						※ 労災年金以外の証明を希望の場合はご記入ください
	年金証書番号						※ 労災年金の証明を希望の場合は必ずご記入ください
	負傷(発病)年月日	大昭平令	年	月	日		
② ①以外の申請人	※ ①と異なる方が証明を願う場合は、以下についても併せてご記入ください なお、遺族(補償)等年金受給者以外は、添付書類が必要となります(裏面の注意事項2をお読みください)						
	①との関係	※ <input type="checkbox"/> にチェック✓をしてください(法定代理人等の種類は、裏面の注意事項2(注)に記載しています) <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金受給者 <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金を受給していない遺族 <input type="checkbox"/> 法定代理人等					
	ふりがな請求人氏名						
	住所	〒					
	電話番号	()					
	生年月日	大昭平令	年	月	日	※ 遺族(補償)等年金受給者のみ必ずご記入ください	
③ 証明を希望する給付の種類	※ 証明を希望する給付のチェック欄に チェック✓ を記入してください						
	チェック	給付の種類			証明が必要な給付期間		
	<input checked="" type="checkbox"/>	休業(補償)等給付			年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべて		
		療養の費用 ※ 被災者本人または委任先(柔道整復師、はりきゅうあんま師等)に支払われる給付です			年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべて		
		療養の給付 ※ 医療機関・薬局・訪問看護事業者に支払われる給付です			年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべて		
		傷病・障害・遺族一時金			年 月 日 ~ 年 月 日		
		介護(補償)等給付			年 月 ~ 年 月		
		葬祭料等(葬祭給付)					
		前払一時金					
	労災年金 ※ 支払年月を記入してください 裏面の注意事項6をお読みください			年 月 ~ 年 月			
	上記以外 ()			年 月 日 ~ 年 月 日			
④ 使用目的							
⑤ 提出先							
⑥ 受領委任欄	※ 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・ご署名ください 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。						
	請求人氏名						
	受取人	氏名					
		住所	〒				
	電話番号	()					
⑦ 備考欄	※ 被災当時から氏名・住所に変更があった場合は、当時の氏名・住所のご記入をお願いします			職員記入欄			

必ずお読みください

【労災保険給付等支払証明願の記入要領と注意事項】

- この証明願をもとに交付する証明書は、これまで実際にお支払いした労災保険給付額を証明するものです。未だ支払われていない給付等についての証明はできませんのでご了承ください。
- 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、本人が請求できない等やむを得ない事情がある場合は、相続人及び法定代理人等が請求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）、法定代理人等（注）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、マイナンバーカード（表面のみ））の写しを添付してください。
（注）法定代理人等の例は以下のとおりです。
・親権者 ・未成年後見人 ・成年後見人
・保佐人 ・補助人 等
- 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、支払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。
ご不明な場合は、管轄の都道府県労働局又は労働基準監督署にお問い合わせください。
（平成23年5月以前の休業・費用・アフターケア通院費、一時金は実際に支払った局又は署で支払証明を行うこととなります。）
- この証明書で証明する事項は、労災保険給付等の受給者の氏名及び住所、給付の種類、給付期間又は支払日、支払金額及び給付を特定する補足的事項です。
支給決定通知書の内容（支給決定年月日、給付基礎日額、障害等級等）の証明はできません。支給決定通知書の記載内容に係る証明は、別途「支給決定証明願」を実際に処分決定を行った処分庁に提出する必要があります。ご不明な場合は、管轄の都道府県労働局又は労働基準監督署にお問い合わせください。
- 給付の種類に対する給付期間は以下の期間を記載してください。

給付の種類	給付期間
休業（補償）等給付	休業していた期間
療養の費用、療養の給付	療養を受けた期間
傷病・障害・遺族一時金	支払のあった期間
介護（補償）等給付	介護を受けた期間
労災年金	支払のあった期間

- 年金は年6回に分けて支払われますので、証明を希望する支払月を記載してください。
支払月は、2月、4月、6月、8月、10月、12月の偶数月です。
それぞれの支払月には、その前月までの2か月分の年金が支払われます。
例えば、4月に支払われる年金は、2月、3月の2か月分です。

支払月	支払対象月	支払月	支払対象月
2月	12月、1月の2か月分	8月	6月、7月の2か月分
4月	2月、3月の2か月分	10月	8月、9月の2か月分
6月	4月、5月の2か月分	12月	10月、11月の2か月分

- 証明書は通常2週間程度で交付していますが、特段の事情によりお時間をいただく場合がありますので、ご了承ください。

【送付先】

〒177-0044
東京都練馬区上石神井4-8-4
厚生労働省 労働基準局 労災保険業務課 あて

記載例

労災保険給付等支払証明願

< 裏面の注意事項を必ずお読みください >

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 殿

次の保険給付等について、支払の証明を願います。

記入日 令和5年4月1日

① 労働者	ふりがな	ろうさい たろう		生年月日	大(昭)平(令) 60年5月5日	
	氏名	労災 太郎				
	現住所 (居所)	〒 177-0044 東京都 練馬区上石神井4-8-4				
	電話番号	03 (3920) 3311				
	労働保険番号	1 3 1 0 1 9 9 9 9 9	※ 労災年金以外の証明を希望の場合は ご記入ください			
	年金証書番号	1 3 3 1 5 9 9 9 9 -	※ 労災年金の証明を希望の場合は 必ずご記入ください			
	負傷(発病)年月日	大(昭)平(令) 4年4月1日				
② 以外の申請人	※ ①と異なる方が証明を願う場合は、以下についても併せてご記入ください なお、遺族(補償)等年金受給者以外は、添付書類が必要となります(裏面の注意事項2をお読みください)					
	①との関係	※ <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください(法定代理人等の種類は、裏面の注意事項2(注)に記載しています) <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金受給者 <input type="checkbox"/> 遺族(補償)等年金を受給していない遺族 <input type="checkbox"/> 法定代理人等				
	ふりがな 請求人氏名					
	住所	〒				
	電話番号	()				
生年月日	大(昭)平(令) 年 月 日		※ 遺族(補償)等年金受給者のみ必ずご記入ください			
③ 証明を希望する給付の種類	※ 証明を希望する給付のチェック欄に チェック <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください					
	チェック <input checked="" type="checkbox"/>	給付の種類		証明が必要な給付期間 ※裏面の注意事項5をお読みの上、必ずご記入ください		
	<input checked="" type="checkbox"/>	休業(補償)等給付		令和4年4月1日 ~ 令和4年6月30日 <input type="checkbox"/> すべて		
	<input type="checkbox"/>	療養の費用 ※ 被災者本人または委任先(柔道整復師、はりきゅうあんま師等)に支払われる給付です		年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> すべて		
	<input checked="" type="checkbox"/>	療養の給付 ※ 医療機関・薬局・訪問看護事業者に支払われる給付です		年 月 日 ~ 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> すべて		
	<input type="checkbox"/>	傷病・障害・遺族一時金		年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/>	介護(補償)等給付		年 月 ~ 年 月		
	<input type="checkbox"/>	葬祭料等(葬祭給付)				
<input type="checkbox"/>	前払一時金					
<input checked="" type="checkbox"/>	労災年金 ※ 支払年月を記入してください 裏面の注意事項6をお読みください		令和4年8月 ~ 令和5年2月			
<input type="checkbox"/>	上記以外 ()		年 月 日 ~ 年 月 日			
④ 使用目的	損害賠償請求のため					
⑤ 提出先	東京地方裁判所					
⑥ 委任欄	※ 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・ご署名ください 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。					
	請求人氏名	労災 太郎				
	受取人	氏名	〇〇弁護士事務所 厚労 花子			
		住所	〒 100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 労災補償ビル 2階			
電話番号	03 (5253) 1111					
⑦ 備考欄	※ 被災当時から氏名・住所に変更があった場合は、当時の氏名・住所のご記入をお願いします					
	旧住所：東京都労災市労災町1-1-1					
職員記入欄						