

令和 年 月 日

〇〇労働基準監督署長 殿

申請者 印

証 明 願

労保連労働災害保険金の請求に、障害補償給付等の支給決定通知書の写しを添付する必要がありますが、支給決定通知書を（ ）しましたので、下記支給決定通知の内容について証明くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

年金証書番号						災害種別						
保険給付等の種類												
保 険 給 付						傷 病 年 月 日						
特 別 支 給 金						療 養 開 始 年 月 日						
						支 給 事 由 発 生 年 月 日						
						支 給 決 定 年 月 日						
援 護 費 等		未支給の援護費				三 者 賠 償 受 領 額						
算 定 基 礎	平 均 賃 金		特別給与の総額		既存障害		傷病・障害等級号		スライド率		重 大 過 失	
	給付日額		×	給付日数		厚年等調整率		支給制限率		=	保険給付額	
						×		%				
	算定日額		×	給付日数		×		支給制限率		=	特別一時金額等	
								%				
一時金 の調整 額等				前給付過誤払額		休業内払額		回収額合計		調整額処理方法		
		保険給付額										
		特別支給額										
備考												

上記内容により支給決定通知がなされたことを証明する。

令和 年 月 日

労働基準監督署長 印