令和　　　年　　　月　　　日

○○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、休業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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求人 | |  | | | | | | | 給付等の種類 |  | |
| 支給決定金額 | | | | 保険給付額 | | | |  | | |
| 特別支給金額 | | | |  | | |
| 期間 | | | から　　　　　　　　　　　　　　　　まで | | | | | | | |
| 算定基礎 | | | 給付基礎日額 | | | | スライド率（％） | | | 支給日数 |
|  | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | |  |
| 減額理由 | 一部負担金相当額 | | | | |  | | | | | |
| 厚年等調整減額 | | | | | 年金 | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| 支給決定通知年月日 | | | | |  | | | | | |

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