

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、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