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、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