

10年保存
機密性2

大労基発0331第3号
令和3年3月31日

各労働基準監督署長 殿

大阪労働局労働基準部長

労災保険給付等に係る支給決定証明願及び支払証明願の取扱について

標記について、令和3年3月25日付け基補発0325第10号、基保発0325第1号、をもって厚生労働省労働基準局補償課長及び労災保険業務課長から別添のとおり通知があったので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

基補発 0325 第 10 号
基保発 0325 第 1 号
令和 3 年 3 月 25 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
補 償 課 長
労災保険業務課長
(公印省略)

労災保険給付等に係る支給決定証明願及び支払証明願の取扱について

労災保険支払証明願については、平成 29 年 3 月 31 日付け基補発 0331 第 4 号及び基保発 0331 第 4 号「労災保険支払証明願について」に基づき取り扱ってきたところであるが、令和 3 年 4 月 1 日以降、支払証明についての取扱を一部改めることとしたので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

なお、これに伴い前記通達は廃止する。

記

1 証明事務について

- (1) 労災保険給付等に係る支給決定証明は、支給決定通知書を紛失・毀損等した請求人（受給者本人及び受給者が死亡等した場合の相続人及び法定代理人等を含む。以下同じ。）に対し、同内容の証明を行うことで支給決定通知書の再発行に代えるものである。
- (2) 労災保険給付等に係る支払証明は、支払振込通知書（休業（補償）等給付、費用）を紛失・毀損等した請求人に対し、同内容の証明を行うことで

支払振込通知書の再発行に代えるものである。

労災保険年金等振込通知書を紛失・毀損等した請求人に対しては、過去の給付状況の証明を行うことで労災保険年金等振込通知書の再発行に代えるものである。

また、これまでいわゆる現物の支給であって金銭給付のないものについては支払証明の対象外としてきたが、今後は、療養(補償)等給付等を受給した請求人に対して、当該給付の内容に係る情報提供として、医療機関等への診療費の支払額の証明を行うこととする。

なお、請求人が公的機関等から過去の給付状況を求められたことを理由としている場合又は公的機関が法令の規定に基づき個人の給付状況を照会する場合においても交付するものである。

2 証明事項及び証明機関等

(1) 支給決定

ア 証明機関

支給決定を行った処分庁（都道府県労働局（以下「局」という。））又は労働基準監督署（以下「署」という。）において支給決定証明を行う。

イ 手続（証明願の受付から証明書の発行まで）

- (ア) 証明願は、原則として別添様式1を用いることとするが、必要事項（別添様式1の①～⑥の項目）が満たされれば任意の様式で差し支えないこと。
- (イ) 証明願は、局で決定したものは局労災補償課あて、署で決定したものは署労災担当課あてに提出するよう教示すること。
- (ウ) 年度ごと局署ごとに別添様式2の台帳を整備し、証明願の受付及び証明書の交付状況を管理することとし、台帳の保存年限は1年とすること。
- (エ) 局署から請求人に交付する証明書は、別添様式3を参考として示すが、任意様式を用いて差し支えない。ただし、任意様式を用いる場合であっても、文書番号は必ず取得すること。

(2) 支払証明

ア 証明機関

(ア) 厚生労働省本省（以下「本省」という。）払の労災保険給付等については本省官署支出官が支払証明を行うこと。

(イ) 局及び署払の労災保険給付等（平成23年5月以前の休業・費用・アフターケア通院費等）は実際に支払を行った会計機関（局払は官署支

出官、署扱は資金前渡官吏)が支払証明を行うこと。

イ 手続(証明願の受付から証明書の発行まで)

- (ア) 本省に提出する証明願は、原則として別添様式4を用いることとするが、必要事項(別添様式4の①から⑥の項目)が満たされていれば任意の様式で差し支えないこと。

なお、局署において、請求人に別添様式4を手交する場合には、必要事項の記載が適切になされるよう丁寧に教示するとともに、給付種類に応じ本省労災保険業務課担当係あてに提出するよう併せて教示すること。

・年金業務係：年金、一時金、介護(補償)等給付、葬祭料(葬祭給付)
労災援護給付金、労災就学等援護費

・短期給付係：休業(補償)等給付、療養(補償)等給付、アフターケア
委託費、二次健康診断等給付、療養の費用

- (イ) 局署に提出する証明願は、別添様式4を参考に各局で様式を定めて差し支えないこと。
(ウ) 本省から請求人に交付する証明書は、原則として別添様式5又は様式6を用いること。
(エ) 局署から請求人に交付する証明書は、別添様式5を参考に各局で様式を定めて差し支えないこと。

3 留意事項

(1) 支給決定証明及び支払証明は、支払振込通知書、労災保険年金等振込通知書及び支給決定通知書に記載されていない事項、未だ支払われていない給付等についての証明はできないこと。

(2) 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するが、受給者が死亡等した場合の相続人及び法定代理人等が請求人となる場合もあり得ること。

このため、証明願の請求人が相続人の場合は、受給者と相続人の関係が判断できる書類(例として戸籍謄本)、成年後見人等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、請求人の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)の写しを添付されること。

なお、添付書類の原本返却の希望がある場合は、返却にかかる郵送料を請求人が負担することを原則として、証明機関において複写後コピーを保存し、証明書の送付に併せて原本を返却すること。

- (3) 独立行政法人福祉医療機構(以下「WAM」という。)が実施している「労災年金担保融資」を利用するなどを理由として支払証明願を提出した請求人に対しては、取扱金融機関から WAM に対して照会をすることにより、必要な情報が取扱金融機関に提供される仕組みであるため、支払証明書を提出する必要はないことを説明すること。
- (4) 児童扶養手当との調整に関する証明については、平成 27 年 12 月 24 日付け基管発 1224 第 1 号及び基保発 1224 第 1 号「児童扶養手当法等の一部改正による児童扶養手当と労災保険の年金たる保険給付との調整規定の見直しについての改正について」により処理を行うこと。

【担当】

支給決定関係：労働基準局補償課 業務係
支払証明関係：労働基準局労災保険業務課給付班
年金業務係、短期給付係

労災保険支給決定証明願

裏面の注意事項を必ずお読みください。

○○労働局長 殿

○○労働基準監督署長 殿

(元号) 年 月 日

次の保険給付等について、支給決定の証明を願い出ます。

① 保 險 給 付 等 の 受 給 者	ふりがな		生年月日 (元号)	年 月 日
	氏名			
	現住所 (居所)	(〒 - -) 都道 府県	電話番号	()
	労働保険番号		(労災年金についての証明の場合は記入不要です)	
	年金証書番号		(労災年金を受けられていない場合は記入不要です。)	
負傷(発病)年月日	(元号) 年 月 日			

※上記請求人と異なる方(遺族、成年後見人等)が証明を願い出る場合は、以下についても併せてご記入ください。

(添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)

②	申請者氏名	請求人との関係	
	住所	電話番号	()
③ 証明を希望する給付の種類に囲してください。 <input type="checkbox"/> 休業(補償)給付 <input type="checkbox"/> 療養の費用(右の種別に○を付してください。 <input type="checkbox"/> 一時金等(右の種別に○を付してください。 <input type="checkbox"/> 労災年金(必ず年金証書番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 上記以外()			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 一般診療・柔道整復・看護・移送(通院)費 薬剤費・はりきゅう・装具・診断書 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 一時金、介護(補償)給付、葬祭料、前払一時金等 </div>			
④ 証明が必要な事項 <input type="checkbox"/> 支給決定年月日 <input type="checkbox"/> 算定基礎日額 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 支給決定金額 <input type="checkbox"/> 給付日数 <input type="checkbox"/> 給付基礎日額 <input type="checkbox"/> 障害等級			
⑤ 使用目的、提出先をご記入ください。 ・使用目的 _____ ・提出先 _____ (必要枚数 枚)			

※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ください。

⑥ 受 領 委 任 欄	
私は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。	
<u>氏 名</u> <u>受取人氏名</u> <u>受取人住所</u>	

必ずお読みください

【労災保険支給決定証明願の記入要領と注意事項】

- 1 この証明願を元に交付する証明書では、先に送付しました労災保険支給決定通知書に記載されていない事項や未だ決定されていない給付等についての証明はできません。
- 2 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、受給者が死亡等した場合の相続人及び法定代理人等が申請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）、成年後見人等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）の写しを添付してください。
- 3 この証明願で証明する事項は、労災保険給付等の受給者、給付の種類、支給決定年月日、支給決定金額、給付基礎日額、算定基礎日額、給付日数、障害等級及び給付を特定する補足的事項です。
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、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。
- 4 証明書の交付は原則1枚です。複数枚必要な場合であっても必要最少数としてください。

【記載例】

労災保険支給決定証明願

裏面の注意事項を必ずお読みください。

○○労働局長 殿

○○労働基準監督署長 殿

平成 29年 3月 31日

次の保険給付等について、支給決定の証明を願い出ます。

① 保険 給付 等の 受給者	ふりがな	ろうきい たろう	生年月日	昭和 60年 5月 5日
	氏名	労災 太郎		
	現住所 (居所)	(〒177-0044) 東京 都道府県 練馬区上石神井4-8-4		
	労災業務マンション101号室	電話番号	XX (XXXX)XXXX	
	労働保険番号	1 3 1 0 1 9 9 9 9 9 9	(労災年金についての証明の場合は記入不要です)	
年金証書番号	1 3 3 1 5 9 9 9 9 9 9	(労災年金を受けられていない場合は記入不要です。)		
負傷(発病)年月日	平成 27 年 10 月 1 日			
※上記請求人と異なる方(遺族、成年後見人等)が証明を願い出る場合は、以下についても併せてご記入ください。 (添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)				
② 申請者氏名	請求人との関係			
住所	電話番号 ()			
③ 証明を希望する給付の種類に図してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 休業(補償)給付 → 一般診療・柔道整復・看護・移送(通院)費 <input type="checkbox"/> 療養の費用(右の種別に○を付してください。) → 薬剤費・はりきゅう・装具・診断書 <input type="checkbox"/> 一時金等(右の種別に○を付してください。) → 一時金、介護(補償)給付、葬祭料、前払一時金等 <input type="checkbox"/> 労災年金(必ず年金証書番号を記入してください。) <input type="checkbox"/> 上記以外()				
④ 証明が必要な事項 <input checked="" type="checkbox"/> 支給決定年月日 <input type="checkbox"/> 算定基礎日額 <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> 支給決定金額 <input type="checkbox"/> 給付日数 <input checked="" type="checkbox"/> 給付基礎日額 <input type="checkbox"/> 障害等級				
⑤ 使用目的、提出先をご記入ください。 ・使用目的 東京地方裁判所 ・提出先 損害賠償請求のため (必要枚数 1 枚)				

※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ください。

⑥ 受領委任欄	
私は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。	
氏名	労災 太郎
受取人氏名	○○弁護士事務所 弁護士 厚労 花子
受取人住所	東京都千代田区霞が関1-2-2 労災補償ビル2階

必ずお読みください

【労災保険支給決定証明願の記入要領と注意事項】

- 1 この証明願を元に交付する証明書では、先に送付しました労災保険支給決定通知書に記載されていない事項や未だ決定されていない給付等についての証明はできません。
- 2 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、受給者が死亡等した場合の相続人及び法定代理人等が申請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）、成年後見人等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）の写しを添付してください。
- 3 この証明願で証明する事項は、労災保険給付等の受給者、給付の種類、支給決定年月日、支給決定金額、給付基礎日額、算定基礎日額、給付日数、障害等級及び給付を特定する補足的事項です。
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、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。
- 4 証明書の交付は原則1枚です。複数枚必要な場合であっても必要最少数としてください。

労災保険支給決定証明発行台帳(○年度)

(局名:)
(署名:)

様式 3

〇〇基署発〇〇第〇号
〇〇基署発〇〇第〇号
平成〇年〇月〇日

労災保険支給決定証明書

1. 受給者に関する事項

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
備 考	

2. 証明事項

証 明 事 項	内 容

(適宜、行を追加)

上記のとおり相違ないことを証明する。

(元号)〇年〇月〇日

〇〇労働局長 
〇〇労働基準監督署長 

労災保険給付等支払証明願

様式4

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

(元号) 年 月 日

次の保険給付等について、支払の証明を願い出ます。

① 保険給付等の受給者	ふりがな											生年月日 (元号) 年 月 日
	氏名											
	現住所(居所)	(〒 -) 都道府県										
												電話番号 ()
	労働保険番号											(労災年金についての証明の場合は記入不要です)
年金証書番号	-										(労災年金を受けられていない場合は記入不要です。)	
負傷(発病)年月日	(元号) 年 月 日											

※上記請求人と異なる方(遺族、成年後見人等)が証明を願い出る場合は、以下についても併せてご記入ください。

(添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)

②	申請者氏名											受給者との関係	電話番号 ()	
	住所													
③	証明を希望する給付の種類に図してください。													
<input type="checkbox"/> 休業(補償)等給付 <input type="checkbox"/> 療養(補償)等給付(右の種別に○を付してください。 <input type="checkbox"/> 療養の費用(右の種別に○を付してください。 <input type="checkbox"/> 一時金等(右の種別に○を付してください。 <input type="checkbox"/> 労災年金(必ず年金証書番号を記入してください。) (同じ期間の援護給付金と就学援護費についても、支払があれば証明します。) <input type="checkbox"/> 上記以外()														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 一般診療・柔道整復・看護・移送(通院)費 薬剤費・はりきゅう・装具・診断書等 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 一時金、介護(補償)給付、葬祭料、前払一時金等 </div>														
④	証明が必要な給付期間、又は支払日 ※給付を受けた期間、又は支払日を、給付種別ごとに記入してください。													
	期間	年 月 日	～	年 月 日										
	支払日													
⑤	使用目的、提出先をご記入ください。													
使用目的 提出先 (必要枚数 枚)														

※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ください。

⑥ 受領委任欄

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。

氏名

受取人氏名

受取人住所

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】

1. この証明願を元に交付する証明書では、先に送付しました支払振込通知書、労災保険年金等振込通知書に記載されていない事項や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。
2. 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、受給者が死亡等した場合等の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)、成年後見人等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)の写しを添付してください。
3. この証明願で証明する事項は、労災保険給付等の受給者、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。
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、各自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等は実際に支払った局又は署で支払証明を行うことになります。)
4. 独立行政法人福祉医療機構(以下「WAM」という。)が実施している「労災年金担保融資」を利用する場合は、取扱金融機関からWAMに対して照会することにより、必要な情報が取扱金融機関に提供される仕組みであるため、支払証明書を提出する必要はありません。(取扱金融機関にご確認ください。)
5. この証明願では、支給決定通知書の内容(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。
6. 証明書の交付は原則1枚です。複数枚必要な場合であっても必要最小数としてください。
なお、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。

【記載例】

労災保険給付等支払証明願

様式4

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

令和 3年 4月 1日

次の保険給付等について、支払の証明を願い出ます。

① 保 險 給 付 等 の 受 給 者	ふりがな	ろうさい たろう	生年月日	昭和 60年 5月 5日
	氏名	労災 太郎		
	現住所 (居所)	(〒177-0044) 東京 都道府県 練馬区上石神井4-8-4		
	労災業務マンション101号室			電話番号 XX (XXXX) XXXX
	労働保険番号	1 3 1 0 1 9 9 9 9 9	(労災年金についての証明の場合は記入不要です)	
年金証書番号	1 3 3 1 5 9 9 9 9 -	(労災年金を受けられていない場合は記入不要です。)		
負傷(発病)年月日	平成 27 年 10 月 1 日			

※上記請求人と異なる方(遺族、成年後見人等)が証明を願い出る場合は、以下についても併せてご記入ください。

(添付書類について、裏面の注意事項をご確認ください。)

②	申請者氏名	受給者との関係
	住所	電話番号 ()
③	証明を希望する給付の種類に○してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 休業(補償)等給付 <input checked="" type="checkbox"/> 療養(補償)等給付(右の種別に○を付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 療養の費用(右の種別に○を付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 一時金等(右の種別に○を付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 労災年金(必ず年金証書番号を記入してください。) (同じ期間の援護給付金と就学援護費についても、支払があれば証明します。)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 一般診療・柔道整復・看護・移送(通院)費 薬剤費・はりきゅう・装具・診断書 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 一時金、介護(補償)給付、葬祭料、前払一時金等 </div>		
<input type="checkbox"/> 上記以外()		
※年金について、労災年金担保融資制度を利用される場合の証明はできません(理由は裏面4をご確認ください)。		
※障害等級については、処分決定を行った労働基準監督署に請求してください。		
④	証明が必要な給付期間、又は支払日 ※給付を受けた期間、又は支払日を、給付種別ごとに記入してください。	
期間 令和2年10月1日 ~ 令和2年12月30日(休業) 支払日 年金、一時金は令和2年10月1日以降令和2年3月31日までの分		
⑤	使用目的、提出先をご記入ください。	
使用目的 東京地方裁判所 提出先 損害賠償請求のため (必要枚数 1 枚)		

※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ください。

⑥ 受 領 委 任 欄

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。

氏名 労災 太郎

受取人氏名 ○○弁護士事務所 弁護士 厚労 花子

受取人住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 労災補償ビル2階

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】

1. この証明願を元に交付する証明書では、先に送付しました支払振込通知書、労災保険年金等振込通知書に記載されていない事項や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。
2. 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、受給者が死亡等した場合等の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)、成年後見人等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)の写しを添付してください。
3. この証明願で証明する事項は、労災保険給付等の受給者、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。
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等は実際に支払った局又は署で支払証明を行うことになります。)
4. 独立行政法人福祉医療機構(以下「WAM」という。)が実施している「労災年金担保融資」を利用する場合は、取扱金融機関からWAMに対して照会することにより、必要な情報が取扱金融機関に提供される仕組みであるため、支払証明書を提出する必要はありません。(取扱金融機関にご確認ください。)
5. この証明願では、支給決定通知書の内容(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。
6. 証明書の交付は原則1枚です。複数枚必要な場合であっても必要最小数としてください。
なお、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。

労災保険年金等支払証明書

年金証書の番号

受給者(住所)

(氏名) _____

支払期年月	労災保険年金	労災援護 給付金	労災就学等 援護費	合計支払額	備考
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	
合計	円	円	円	円	

上記のとおり相違ないことを証明する。

(元号) 年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

労災保険等支払証明書

1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	

2 納付に関する事項

上記のとおり相違ないことを証明する。

(元号) 年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長 印

労災保険等支払証明書

1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	

2 納付に関する事項

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長

労災保険等支払証明書

1 受給者に関する事項

住 所	〒
氏 名	
備 考	

2 給付に関する事項

給付種別	支払年月日	支払額	受診機関	備考
療養	令和2年10月10日	80,000円	○○整形外科	受診期間:令和2年8月1日～9月10日
アフターケア	令和2年11月25日	4,240円	○○整形外科	受診日:令和2年10月2日
アフター通院	令和2年12月24日	1,200円	○○整形外科	通院日:令和2年11月10日
二次健診	令和2年12月24日	21,412円	○○病院	受診日:令和2年11月10日
合計		106,852円		

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

官署支出官 厚生労働省労働基準局長