様式第三十七号の三（表面）を次のように改める。

様式第37号の3 （表面）

労働者災害補償保険

事業主責任災害損害賠償受領届

労働基準監督署長 殿

年　月　日
（〒　－　）

損害賠償受領者の　住所　電話（　）　－
氏名　㊞
被災労働者との関係〔本人、その他（　）〕

下記のとおり届けます。

① 被災労働者の	フリガナ		災害発生日時	
	氏名	（男・女）	年　月　日　午前後　時　分頃	
	生年月日	年　月　日（災害発生時年齢　歳）	災害発生場所	
	住所			

② 被災労働者の所属する	事業場の労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
	事業場の事業の名称					
	事業場の所在地	（〒　－　）				
	事業場の事業主の氏名（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）					

③ 保険給付の種類等既に支給決定を受けている	種類	支給決定年月日	年金証書の番号					給付基礎日額
			管轄局	種別	西暦年	番号	枝番号	
		年　月　日						円
		年　月　日						円
		年　月　日						円
		年　月　日						円
	障害補償給付又は障害給付の場合	障害等級　級						
	傷病補償年金又は傷病年金の場合	傷病等級　級						

④ 損害賠償の内容	イ 損害賠償の形態	判決・和解・示談・その他（　）				
	ロ 損害賠償の受領状況	(イ) 損害賠償の内訳が明らかな場合	㋑ 逸失利益	ⓐ逸失利益額	ⓑ 受領額	ⓒ算定基礎期間 / ⓓ 備考
				円	ⓘ 受領済額　円 ⓘⓘ 受領予定額　円	年　月　日 ～ 年　月　日
						ⓘ厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類（有・無）（　） ⓘⓘその他参考となる事項
			㋺ 療養費	ⓐ 受領額	ⓑ算定基礎期間	ⓒ 備考
				ⓘ 受領済額　円 ⓘⓘ 受領予定額　円	年　月　日 ～ 年　月　日	
			㋩ 葬祭費用	ⓐ 受領額	ⓑ 備考	
				ⓘ 受領済額　円 ⓘⓘ 受領予定額　円		
		(ロ) 損害賠償の内訳が不明な場合		ⓐ 受領額	ⓑ 備考	
				ⓘ 受領済額　円 ⓘⓘ 受領予定額　円	ⓘ 厚生年金等公的年金の併給の有無・給付の種類（有・無）（　） ⓘⓘ その他参考となる事項	
		(ハ) 損害賠償受領年月日			年　月　日	
⑤ 第三者行為災害との関係	イ 第三者行為災害届の有無				有・無	
	ロ 第三者の	氏名　（　歳）　電話（　）　－				
		住所　（〒　－　）				
	ハ その他					
⑥ 参考事項その他						

①欄の者については、②、④及び⑤欄に記載したとおりであることを証明します。

年　月　日　事業の名称　電話（　）　－

事業主の氏名　㊞

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）