

労働者災害補償保険
休業補償給付支給請求書 第 回
複数事業労働者休業給付支給請求書
休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

標準字体										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	°	—		
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	
ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン		

(注意) 三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならつて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合に該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び③欄並びに⑥、⑦及び⑱欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
一、□□□で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光字式文字取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

種別	①管轄局署	③新継再別	④受付年月日	⑤業通別	⑥三者コード	⑦日雇コード	⑧特別加入者
360		1新5継7再		1業3通	1自3労5他	1日	
⑬平均賃金	⑭特別給与の額	⑮日数査定	⑯特支コード	⑰委任未支給	⑱特別コード		
十 万 万 千 百 十 円 十 銭	千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円	1療2賃3待4重5他	1特	1委3未	1特		
※							
②労働保険番号	⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦労働者の生年月日	⑧労働者の生年月日	⑨労働者の生年月日	⑩労働者の生年月日	⑪労働者の生年月日
	1男3女	1明3大5昭7平9令	1明3大5昭7平9令	1明3大5昭7平9令	1明3大5昭7平9令	1明3大5昭7平9令	1明3大5昭7平9令
シメイ(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。							
⑫労働氏名	⑬労働者の住所	⑭労働者の住所	⑮労働者の住所	⑯労働者の住所	⑰労働者の住所	⑱労働者の住所	⑲労働者の住所
⑳療養のため労働できなかった期間	㉑療養の期間	㉒療養の期間	㉓療養の期間	㉔療養の期間	㉕療養の期間	㉖療養の期間	㉗療養の期間
下の欄及び㉘、㉙、㉚、㉛欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。	㉜預金の種類	㉝口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)	㉞マイギニン(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	㉟マイギニン(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	㊱マイギニン(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	㊲マイギニン(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	㊳マイギニン(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名	振替の金融機関名
口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人
⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮、⑯から⑳まで(㉑の(ハ)を除く。)及び別紙2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	事業場の所在地	事業主の氏名	労働者の直接所属事業場名称所在地	電話() -	電話() -	電話() -
⑳療養の部位及び傷病名	㉑療養の期間	㉒療養の現況	㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間	㉔療養の現況	㉕療養のため労働することができなかったと認められる期間	㉖療養の現況	㉗療養のため労働することができなかったと認められる期間
⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。	⑫の者については、㉘から㉙までに記載したとおりであることを証明します。
診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明	診療担当者の証明

上記により休業補償給付は、複数事業労働者の休業給付給付の支給を請求します。

年 月 日

住所

請求人の
申請人

氏名

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

〔注 意〕

[illegible]

一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑭及び⑮欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙１①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙１②欄に記載してください。この場合は、⑭に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙２は、⑳欄の「賃金を受けなかった日」のうちに業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日（別紙２において「二休休業日」という。）が含まれる場合に限り添付してください。

四、別紙3は、㊥欄の「その他就業先の有無」で、「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意2及び3の規定に従って記載した別紙1及び別紙2を添付してください。

五、請求人申請人が災害発生事業場で特別加入者であるときは、

(一) ㊦欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

(二) ㊧、㊨、㊩、㊪、㊫及び㊬欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。

(三)、事業主の証明は受ける必要はありません。

39その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	
無	社	
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称	
	加入年月日 年 月 日	
	給付基礎日額 円	
労働保険番号(特別加入)		

六、第二回目以後の請求（申請）の場合には、
 (一)、①⑨、②⑩、②⑪及び③①欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。
 (二)、③②欄から③⑤欄まで及び③⑦欄は記載する必要はありません。
 (三)、別紙1（平均賃金算定内訳）は付する必要があります。
 (四)、その請求（申請）が離職後である場合（療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前にある場合を除く。）には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、③⑧欄は記載する必要はありません。

八、複数事業労働者休業給付の請求は、休業補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。

九、③⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者休業給付の請求はしないものとして取り扱います。

十、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、休業補償給付のみで請求されることとなります。

社会保険 労 務 士 記 載 欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —