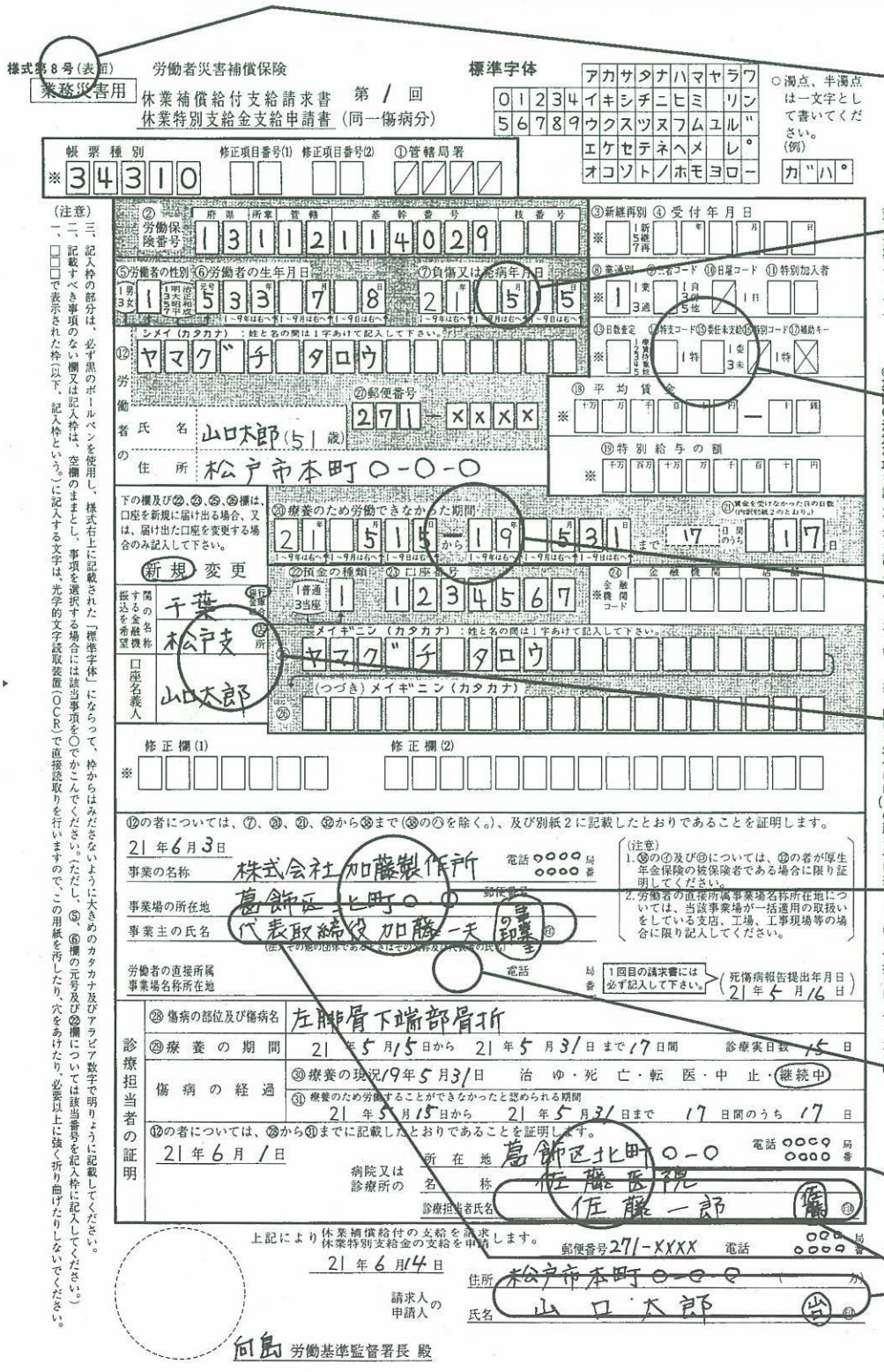
請求書記載例



様式第8号（表面）　労働者災害補償保険

業務災害用

休業補償給付支給請求書　第1回
休業特別支給金支給申請書（同一傷病分）

標準字体

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

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。（例）カ゛ハ゜

帳票種別 ※34310　修正項目番号(1)　修正項目番号(2)　①管轄局署

（注意）
一、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」にならって、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りょう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は該当事項を○でかこんでください。（ただし、⑤、⑥欄の元号及び㉒欄については該当番号を記入枠に記入してください。）
三、□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学的文字読取装置（OCR）で直接読取りを行いますので、この用紙を汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたりしないでください。

②労働保険番号　府県 13　所掌 1　管轄 12　基幹番号 114029　枝番号

③新継再別 ※　④受付年月日　年　月　日

⑤労働者の性別 1男 3女　⑥労働者の生年月日 1明治 3大正 5昭和 7平成　元号 5 3 3 年 7 月 8 日　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑦負傷又は発病年月日 2 年 5 月 5 日　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑧業通別 ※1　⑨二者コード 1業 3通　⑩日雇コード 1日 3月 5地　⑪特別加入者

⑫労働者の　シメイ（カタカナ）：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。　ヤマグチ タロウ

⑬日数査定 1 2 3 4 5 ※　⑭特支コード 1特　⑮委任未支給 1委 3未　⑯特別コード 1特　⑰補助キー

氏名　山口太郎（51歳）　㉗郵便番号 271－XXXX

住所　松戸市本町○－○－○

⑱平均賃金 ※　十万　万　千　百　十　円　－　十　銭

⑲特別給与の額 ※　千万　百万　十万　万　千　百　十　円

下の欄及び㉒、㉓、㉕、㉖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下さい。

新規　変更

⑳療養のため労働できなかった期間 21 年 5 月 15 日から 19 年 5 月 31 日まで 17 日間のうち 17 日　㉑賃金を受けなかった日の日数（内訳別紙2のとおり。）

㉒預金の種類 1普通 3当座　㉓口座番号 1234567　㉔金融機関コード ※　金融機関　店舗

関する金融機関の名称 千葉　銀行 金庫 組合　振込を希望 松戸支　㉕所

口座名義人　山口太郎

㉖　メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。　ヤマグチ タロウ

（つづき）メイギニン（カタカナ）

修正欄(1) ※　修正欄(2)

⑫の者については、⑦、⑳、㉑、㉜から㊳まで（㊳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。

21年6月3日

事業の名称　株式会社加藤製作所　電話 ○○○○ 局 ○○○○ 番

事業場の所在地　葛飾区北町○－○　郵便番号

事業主の氏名　代表取締役 加藤一夫　事業主の印　㊞

（注意）
1. ㊳の㋑及び㋺については、⑫の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。
2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に限り記入してください。

労働者の直接所属事業場名称所在地　電話　局　番

1回目の請求書には必ず記入して下さい。（死傷病報告提出年月日 21年5月16日）

診療担当者の証明

㉘傷病の部位及び傷病名　左脚骨下端部骨折

㉙療養の期間　21年5月15日から 21年5月31日まで 17日間　診療実日数 15日

傷病の経過　㉚療養の現況 19年5月31日　治ゆ・死亡・転医・中止・継続中

㉛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　21年5月15日から 21年5月31日まで 17日間のうち 17日

⑫の者については、㉘から㉛までに記載したとおりであることを証明します。

21年6月1日

病院又は診療所の　所在地　葛飾区北町○－○　電話 ○○○○ 局 ○○○○ 番

名称　佐藤医院

診療担当者氏名　佐藤一郎　㊞

上記により休業補償給付の支給を請求 休業特別支給金の支給を申請します。

21年6月14日

郵便番号 271－XXXX　電話 ○○○ 局 ○○○○ 番

住所　松戸市本町○－○－○　（　　）

請求人の申請人の　氏名　山口太郎　㊞

向島 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。

通勤災害の場合は様式第16号の6

事故の発生日又は発病の日を正確に記入してください。

※印の欄は記入しないでください。

療養のため労働できなかった期間と、そのうち賃金を受けられなかった日数を記入します。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

事業主の証明が必要です。ただし、第2回目以降の請求で離職後である場合には、必要ありません。なお、療養のため、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には証明が必要となります。

直接所属している事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記入します。

診療担当者（医師または歯科医師）による証明が必要です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。