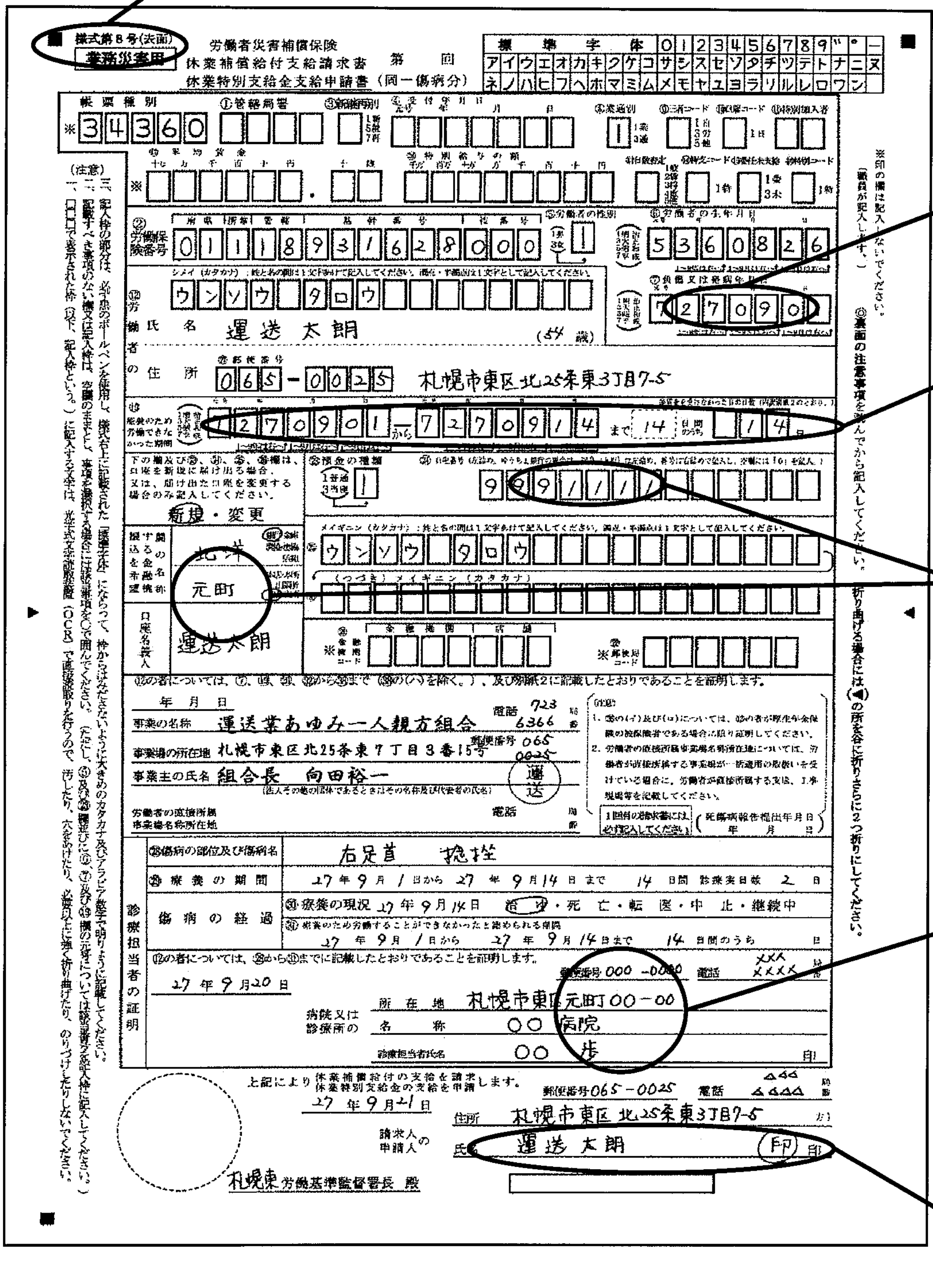
休業補償給付請求/休業特別支給金申請の記載例

通勤災害の場合は
様式第16号の6



事故の発生日時
または発病の日時を
正確に記入

療養のため労働できなかった期間とそのうち全部労働不能※であった日数を記入

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

診療担当者（医師または歯科医師）の証明が必要

自署による署名の場合には、押印は不要

※ 全部労働不能とは

入院中または自宅就床加療中もしくは通院加療中であって
補償の対象とされている範囲（業務遂行性が認められる範囲）の
業務または作業ができない状態

様式第８号（裏面）

㉜労働者の職種	㉝負傷又は発病の時刻	㉞平均賃金（算定内訳別紙１のとおり）
運送	午前 10 時 00 分頃	円　銭
㉟所定労働時間	午前後　時　分から午前後　時　分まで	㊱休業補償給付額、休業特別支給金額の改定比率（平均給与額証明書のとおり）

㊲災害の原因及び発生状況　（あ）どのような場所で（い）どのような作業をしているときに（う）どのような物又は環境に（え）どのような不安全な又は有害な状態があって（お）どのような災害が発生したかを詳細に記入すること

札幌市中央区（株）○○○へ荷物（600×400×500mm）を運搬中、
雨で濡れていた廊下で滑り転倒。右足首を負傷した。

㊳厚生年金保険等の受給関係				
（イ）基礎年金番号			（ロ）被保険者資格の取得年月日	年　月　日
（ハ）当該傷病に関して支給される年金の種類等	年金の種類		厚生年金保険法の　イ 障害年金　ロ 障害厚生年金 国民年金法の　ハ 障害年金　ニ 障害基礎年金 船員保険法の　ホ 障害年金	
	障害等級		級	
	支給される年金の額		円	
	支給されることとなった年月日		年　月　日	
	基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード			
	所轄年金事務所等			

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削　字 加　字	運送（印）

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
		印	

〔注意〕

職種はなるべく
具体的に作業内容が
わかるように記入

㋐どのような場所で、
㋑どのような作業を
しているときに、
㋒どのようなもの
または環境に、
㋓どのような不安全
または有害な状態
があって、
㋔そのような災害が
発生したかを
分かりやすく記入

同一の傷病について厚
生年金保険等の年金を
受給している場合のみ
記入