■ 様式第８号(表面)

業務災害用

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

標準字体

0	1	2	3	4	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ
5	6	7	8	9	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ
					エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ
					オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ

ミ		リ	ン						
ム	ユ	ル	゛						
メ		レ	°						
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 ※3435 0　修正項目番号(1)　修正項目番号(2)　①管轄局署

②労働保険番号（府県／所掌／管轄／基幹番号／枝番号）

③新継再別 ※（1新5継7再）　④受付年月日

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 年 月 日）　⑦負傷又は発病年月日（和暦年 月 日）

⑧業通別 ※（1業3通）　⑨三者コード（1自3労5他）　⑩日届コード　⑪特別加入者（1日）

⑬日数査定 ※（1療2賃3待4重5他）　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）

⑫労働者の氏名　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。　（　歳）

⑰平均賃金 ※（十万 万 千 百 十 円 . 十 銭）

⑱療養のため労働できなかった期間　年 月 日 から 年 月 日（1～9年は右へ↑1～9月は右へ↑1～9日は右へ↑）

⑲賃金を受けなかった日の日数（内訳別紙2のとおり。）　まで　日間のうち　日

⑮特別給与の額 ※（千万 百万 十万 万 千 百 十 円）

㉑金融機関コード ※（金融機関／店舗）

㉒郵便局コード ※

下の欄及び㉓、㉔、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ください。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称：銀行・金庫・農協・漁協・信組／本店・本所・出張所・支店・支所

口座名義人

㉓預金の種類（1普通 3当座）　㉔口座番号又は記号番号（左ツメ）

㉕メイギニン（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけて記入してください。

㉖（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、⑲、⑳、㉜から㊳まで（㊳の㋑を除く。）、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　電話　局　番

事業場の所在地　郵便番号

事業主の氏名　印

（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）

労働者の直接所属事業場名称所在地　電話　局　番

（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、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

（死傷病報告提出年月日　年　月　日）

診療担当者の証明

㉘傷病の部位及び傷病名

㉙療養の期間　年 月 日から 年 月 日まで　日間　診療実日数　日

傷病の経過　㉚療養の現況　年 月 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　年 月 日から 年 月 日まで　日間のうち　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。

年　月　日

病院又は診療所の　所在地　名称　電話　局　番

診療担当者氏名　印

上記により休業補償給付の支給を請求します。
休業特別支給金の支給を申請します。

年　月　日

郵便番号　電話　局　番

住所　（　方）

請求人の申請人　氏名　印

労働基準監督署長　殿

（注意）
一、□□□で表示された枠（以下、記入枠という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（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。
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㉓欄については該当番号を記入枠に記入してください。）
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」にならって、枠からはみだ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。

■ 様式第八号（表面）を次のように改める。

※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。