

アカサタナハマヤラフ
01234 イキシチニヒミ リン
56789 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

漢字・平仮名
は一字として
書いてください。
(例)
カ"ハ°

通勤災害用

休業給付支給請求書 第四回
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

傷病種別 34310
修正項目番号 〇
修正項目番号 〇
① 労働局署

② 新設所別 〇
③ 受付年月日

④ 労働保険番号

⑤ 業種別 3
⑥ コード
⑦ 日雇コード
⑧ 特別加入者

⑨ 労働者の性別
⑩ 労働者の生年月日
⑪ 負傷又は発病年月日

⑫ シメイ (カタカナ)

⑬ 労働者氏名

⑭ 労働者の住所

⑮ 郵便番号

⑯ 労働者の職名

⑰ 平均賃金

⑱ 療養のための労働できなかった期間

⑲ 特別給付の額

⑳ 療養の種別

㉑ シメイ (カタカナ)

㉒ (つづき) シメイ (カタカナ)

㉓ 修正欄①

㉔ 修正欄②

⑳ 事業場について、㉕、㉖、㉗、㉘から㉙まで、㉚、㉛、㉜、㉝通常の通勤の経路及び方法に限る。㉞、㉟、㊱の㉒を設け、及び別紙等に記載したとおりであることを証明します。
年月日
事業場の名称
事業場の所在地
事業場の氏名
労働者の代表所属
事業場名称所在地

(注意)
1. 傷の㉕及び㉖については、㉗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. 労働者の通勤経路が通常とは異なる場合は、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。

㉚ 傷病の部位及び傷病名
㉛ 療養の期間 年月日から 年月日まで 日数 療養実日数 日
㉜ 傷病の経過
㉝ 療養の現況 年月日 治癒・死亡・転院・中止・継続中
㉞ 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 日数のうち 日
㉟ 傷者については、㊱から㊲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
診療担当者



上記により休業給付の支給を請求します。
休業特別支給金の支給を申請
郵便番号
電話
年月日
住所
請求人の申請人
氏名

労働基準監督署長 殿

申請の備は記入しないであらう。
職員が記入します。
裏面の注意事項を減らしてから記入してください。
折り曲げる場合には(4)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

