様式第８号（別紙2）

労働保険番号				氏名	災害発生年月日
府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号	年　月　日

① 療養のため労働できなかった期間

＿＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿＿年＿＿月＿＿日まで＿＿＿日間

② ①のうち賃金を受けなかった日の日数　＿＿＿日

③ ②の日数の内訳		
	全部休業日	＿＿＿日
	一部休業日	＿＿＿日

④ 一部休業日の年月日及び当該労働に対し支払われる賃金の額	年　月　日	賃金の額	備考
	年　月　日	円	

〔注意〕

1　「全部休業日」とは、業務上の負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であって、一部休業日に該当しないものをいうものであること。

2　該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。