

業務災害用  
複数業務要因災害用

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

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ													
ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワン													

※帳票種別 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

34360 1新5継7再 1業3通 1自3労5他 1日 1特

⑦平均賃金 ⑧特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任未支給 ⑯特別コード

※ 10万 万 千 百 十 円 十 銭 千 万 百 万 十 万 千 百 十 円 1療2賃3待4重5他 1特 1委3未 1特

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 1男3女 1明3大5昭7平令和 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1明3大5昭7平令和 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑫労働者名 ( 歳)

⑫労働者の住所 ⑦郵便番号

〒 - ⑬療養のため労働できなかった期間 ⑭賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり)

1明3大5昭7平令和 から 1明3大5昭7平令和 まで 日間のうち 日

⑬療養のため労働できなかった期間 ⑭賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり)

1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ

下の欄及び②③、④、⑤、⑥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。

②預金の種類 ④口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

1普通3当座 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ 1〜9月は右へ

新規・変更

振込の希望 ⑤ ⑥

銀行・金庫 農協・信用組合 本支店 出払所 支店支所

④金融機関コード ⑦郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑨、⑩、⑫から⑬まで(⑬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。

年 月 日

事業の名称 電話( ) -

事業場の所在地 〒 -

事業主の氏名 (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( ) -

(注意) 1. ⑬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。

1回目の請求書は、必ず記入してください。 (死傷病報告提出年月日) 年 月 日

⑫の者については、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 〒 - 電話( ) -

⑧傷病の部位及び傷病名 ⑨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 ⑩療養の現況 年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中 ⑪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、⑧から⑩までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 〒 - 電話( ) -

所在地 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

上記により休業補償給付又は複数事業労働者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します。

年 月 日 〒 - 電話( ) -

住所 ( 方)

請求人の氏名

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。

(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瞭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又は記入すべき事項を記入する場合は、⑤及び⑥欄の元号については該並置を記入枠に記入してください。  
三 〇〇〇〇で表示された枠(以下「記入枠」といふ)に記入する文字は、光字式文字取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

[illegible]

一、所定労働時間後に負傷した場合には、⑭及び⑯欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙１①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙１②欄に記載してください。この場合は、⑳欄にこの算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙２は、㉑欄の「賃金を受けなかった日」のうちに業務上等の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日若しくは賃金が支払われた休暇が含まれる場合に限り添付してください。

四、別紙３は、㉒欄の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合に、その他就業先ごとに記載してください。その際、その他就業先ごとに注意二及び三の規定に従って記載した別紙１及び別紙２を添付してください。

五、請求人（申請人）が災害発生事業場で特別加入者であるときは、㉓欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。

⑦、⑭、⑯、㉑、㉒、㉓及び㉔欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添付してください。

（三）事業主の証明は受ける必要はありません。

③9その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	
無	社	
有の場合で いずれかの 事業で特別 加入してい る場合の特 別加入状況 (ただし表 面の事業を 含まない)	労働保険事務組合又は 特別加入団体の名称	
	加入年月日	
	年 月 日	
	給付基礎日額	円
労働保険番号(特別加入)		

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
			(     )     —

六、第二回目以後の請求（申請）の場合には、

（一）⑮、⑳、㉔及び㉑欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。

（二）㉒欄から㉕欄まで及び㉗欄は記載する必要はありません。

（三）別紙1（平均賃金算定内訳）は付する必要はありません。

（四）その請求（申請）が離職後である場合（療養のために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を除く。）には、事業主の証明は受ける必要はありません。

七、休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉘欄は記載する必要はありません。

八、複数事業労働者休業給付の請求は、休業補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。

九、㉙「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者休業給付の請求はないものとして取り扱います。

十、疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、休業補償給付のみで請求されることとなります。