



赤い枠内の下線は必ずご記入ください

様式第8号(表面)

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	ト	ナ	ニ	ヌ
ネノハヒフヘホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ロ	ワ

業務災害用
複数業務要因災害用

※帳票種別 ①管轄局署 ③新離再別 ⑤業通別 ⑥三者コード ⑦日雇コード ⑧特別加入者

⑨平均賃金 ⑩特別給与の額 ⑪日数定 ⑫支コード ⑬委任支給 ⑭特別コード

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日

⑦労働者名 ⑧氏名 (43歳) ⑨労働者又は発病年月日

⑩住所 ⑪郵便番号

⑫療養のため労働できなかった期間 から まで ⑬日間のうち 日

⑭預金の種類 ⑮口座番号

⑯振込の希望名称 ⑰(つづき)メイギニン(カタカナ)

⑱金融機関コード ⑲郵便局コード

⑳者については、㉑、㉒、㉓、㉔から㉕まで(㉖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() -

㉗傷病の部位及び傷病名

㉘療養の期間 年月日から 年月日まで 日間 診療実日数 日

㉙傷病の経過 ㉚療養の現況 年月日 治癒(症状固定)・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

㉜者については、㉝から㉞までに記載したとおりであることを証明します。

年月日

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。

〒 電話() -

年月日

住所 (方)

請求人 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」にならなくて、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には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑤及び⑥欄並びに⑦及び⑧欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
三、□□□□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、のりつけたりしないでください。

