

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	—	
アイウエオカキクケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	又
ネノハヒフヘホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	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者コード  ⑩雇コード  ⑪特別加入者

※ ⑩平均賃金  ⑫特別給与の額  ⑬口数設定  ⑭特支コード  ⑮特別コード

(注意) 一、二、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は当該事項を○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項目を記入枠に記入してください。)  
三、□□□□で表された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光學式文字読取装置(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、のりづけしたりしないでください。

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

⑫労働者の氏名  ( 歳 )

⑬労働者の住所  -

⑭療養のため労働できなかった期間  から  まで  日間のうち  日

⑮預金の種類  ⑯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、番号は右詰めにて記入し、空欄には「0」を記入。)

⑰振込の希望  (つづき) ⑱(カタカナ)

⑲口座名義人  ⑳金融機関コード  ㉑郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑯、⑲、⑳、㉑から㉓まで(㉒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  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( ) -

(注意) 1. ㉓の(イ)及び(ロ)については、㉒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、(死傷病報告提出年月日)  年  月  日 必ず記入してください。

⑳傷病の部位及び傷病名

㉑療養の期間  年  月  日から  年  月  日まで  日間のうち  日間 診療実日数  日

㉒療養の現況  年  月  日 治癒(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

㉓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

㉔の者については、㉑から㉓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  印

上記により 休業補償給付の支給を請求し、休業特別支給金の支給を申請します。  年  月  日 住所  ( 方 )

請求人の氏名  印

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。