

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	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 元号 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	
※	3	4	3	6	0								1新 5継 7再						1 業 3通		1自 3勞 5他		1日			
⑦平均賃金 十 万 千 百 十 円										十 銭		⑮特別給与額 千 万 百 十 万 千 百 十 円				⑬日数直定		⑭特支コード		⑯委任未支給		⑰特別コード				
(注意)	※																			1療 2貸 3待 4雇		1特		1委 3未		1特

② 労働保 険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号					枝 番 号			⑤労働者の性別 1男 □ 3女 □	⑥労働者の生年月日 元号 年 月 日 1明 治 正 和 成 3大 昭 五 平 7平	⑦労働者の生年月日 元号 年 月 日 1明 治 正 和 成 3大 昭 五 平 7平
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			
⑫ 労 働 氏 名	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。											⑧労働者の生年月日 元号 年 月 日 1明 治 正 和 成 3大 昭 五 平 7平		
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		□	

() 歳

⑭ 療養のため
 労働できな
 かった期間

⑮ 賃金を受けなかった日数（内訳別紙2のとおり）

元号 年 月 日 元号 年 月 日

19 明治 昭和 平成

19 年 月 日 から 19 年 月 日

19 年 月 日 から 19 年 月 日

日 間 のうち 日

[illegible]

新規・変更							
振込の金融機関を希望する名称	銀行 金庫 農協 漁協 信組	メイギニン（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。					
	本店 本所 出張所 支店 支所						
口座名義人		(つづき) メイギニン（カタカナ）					
	②① ※金融機関コード	金融機関店舗				②② ※郵便局コード	

⑫の者については、⑦、⑭、⑯、⑳から㉓まで（㉔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	(株)○●	電話	局番
事業の名称		郵便番号	
事業場の所在地	▲県□市○町4-2-1		
事業主の氏名	○○△△	印	
<small>(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)</small>			
労働者の直接所属 事業場名称所在地		電話	局番

(注意)

- ⑳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。
- 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回目の請求書には、必ず記入してください。 死傷病報告提出年月日
年 月 日

診療担当者の証明	⑧傷病の部位及び傷病名	石綿肺、管理区分4 F(++)		
	⑨療養の期間	2016年6月5日から	2016年6月30日まで	26日間 診療実日数 5日
	傷病の経過	⑩療養の現況 2016年6月30日 治ゆ・死亡・転医・中止・継続中		
		⑪療養のため学業することができなかったと認められる期間 2016年6月5日から 2016年6月30日まで 26日間のうち 26日		
	⑫の者については、⑧から⑪までの記載したとおりであることを証明します。 2016年3月31日			
	病院又は診療所の名称	所在地 ▲県口市◎◎町1-21-31 A病院 診療担当者氏名 民医連 太郎		

上記により休業補償給付の支給を請求します。

郵便番号 ー 電話

局番

年 月 日

請求人の
申請人

労働基準監督署長 殿

住所 建設県吹き付市粉じん町1-2-3 (方)

氏名 建設 太郎

印

患者本人の記載欄

※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)

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「**標置字体**」にならつて、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りよう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該当事項を○で囲んでください。（ただし、⑤及び②③欄並びに⑥⑦及び⑩欄の元号については該当事項を記入枠に記入してください。）

一、□□□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、のりづけしたりしないでください。

最終のアスベスト粉じんばく露事業所の証明

証明を拒否されたら空欄で出す事も可能

⇒ 患者本人の記載欄

③② 労働者の職種		③③ 負傷又は発病の時刻		③④ 平均賃金（算定内訳別紙1のとおり）		
		午後 時 分頃		円 銭		
③⑤ 所定労働時間	午前 時 分から午後 時 分まで		③⑥ 休業補償給付額、休業特別支給金額の改定比率（平均給与額証明書のとおり）			
③⑦ 災害の原因及び発生状況（あ）どのような場所で（い）どのような作業をしているときに（う）どのような物又は環境に（え）どのような不安全な又は有害な状態があつて（お）どのような災害が発生したかを詳細に記入すること						
3年前より動いた時に息切れが強くなり、特に坂道が辛くなってきた。						
今年の冬から一段と息切れが強くなったので、6月5日A病院を受診した。						
胸のX線を撮ってもらったところ、肺が曇っていると言われた。仕事は何をしていたかと聞かれたため、左官として吹付け塗装工事をしていたと答えたところ、石綿肺と診断された。						
じん肺健康管理区分を申請したところ、管理区分4の決定がされた。						
血液の中の酸素が足りないと言われており、近日中に在宅酸素療法を始める予定です。						
③⑧ 厚生年金保険等の受給関係	(イ) 基礎年金番号		(ロ) 被保険者資格の取得年月日		年 月 日	
	(ハ) 当該傷病に関して支給される年金の種類等	年金の種類		厚生年金保険法のイロハニホ 国民年金法の 船員保険法の		
		障害等級		級		
		支給される年金の額		円		
		支給されることとなった年月日		年 月 日		
		基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード				
		所轄年金事務所等				

表面の記入枠を訂正したとき	訂正印欄
削加	字字印

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こえる場合に記載し、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、㉔欄の「賃金を受けなかった日」のうち業務上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（別紙2において「二部休業日」という。）が含まれる場合に限り添付してください。

四、請求人（申請人）が特別加入者であるときは、⑰、⑱、㉔欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。その他の資料を添付してください。

五、事業主の証明は受ける必要はありません。⑰、⑱、㉔及び㉕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。

六、事業主の証明は受ける必要がないこと。休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、㉔欄は記載する必要ありません。

七、「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求人（申請人）」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

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
		印	