

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | セ | ソ | タ | チ | ツ |
| ネ | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 振込種別 ① 管轄局署 ③ 新種別別 ④ 受付年月日 ⑤ 業種別 ⑥ 三者コード ⑦ 日雇コード ⑧ 特別加入者

34360 0000 1新種別 00000000 3 1業 0 1日 00

平均賃金 ⑨ 特別給付の額 ⑩ 日数決定 ⑪ 特支コード ⑫ 労務任未支給 ⑬ 特別コード

10万 千 百 十 円 十 銭 千 百 十 万 千 百 十 円 1日 3分 5秒 1日 1委 1特

② 労働保険番号 ④ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日

13107123456000 1 7101231

⑦ 氏名 ⑧ 年齢 ⑨ 住所

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。漢点・半角点は1文字として記入してください。

タハ タ ヒロシ (21歳)

〒105-0014 港区000-00

⑩ 療養の期間 ⑪ 療養の現況 ⑫ 療養のため労働できなかった期間

92118-92130 から 13 日間のうち 13 日

⑬ 預金の種類 ⑭ 口座番号

1普通 1234567

⑮ 振込の金融機関 ⑯ 口座名義人

新設・変更

振込の金融機関 〇〇

口座名義人 田畑 浩

⑰ 事業場の所在地 ⑱ 事業主の氏名

事業場の所在地 渋谷区000-00 〒150-0012

事業主の氏名 安田 洋

⑲ 傷病の部位及び傷病名 ⑳ 療養の期間 ㉑ 療養の現況

左足骨折 令和2年1月18日から令和2年1月30日まで 13日間 診療実日数 日

令和2年2月15日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止 継続中

⑳ 療養のため労働できなかったと認められる期間

令和2年2月16日 〒150-0012 電話(03)0000-0000

所在地 渋谷区000-00

病院又は診療所の名称 高橋総合病院

診療担当者氏名 前川 雄大

上記により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

〒105-0014 電話(03)0000-0000

年月日 住所 港区000-00 (方)

請求人の氏名 田畑 浩

渋谷労働基準監督署長 殿

(注意) マーケット記号の部分は、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」にならなくてはなりません。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。

二マ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。)

一、〇〇〇〇で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字認識装置(OCR)で直接読み取りを行うので、汚し、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。

※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。