

休業補償請求書

		請求回数	第	回
長崎県市町村総合事務組合		請求年月日 年 月 日		
管理者 _____ 様		請求者の住所		
下記の休業補償を請求します。		ふりがな 氏 名 _____ (印)		
1 被災 職員に 関する 事項	組合市町村等名		職 名	
	氏 名		年 月 日生(歳)	
	負傷又は発病の年月日		年 月 日	
2 請求 日数等	年 月 日から 年 月 日まで のうち 日		全部休業した日数 日 一部休業した日数 日	
	(全部休業した日に支払われた給与の総額 一部休業した日に支払われた給与の総額		円) 円)	
* 3 組合 市町村等 の長の 証明	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。			
	年 月 日		所在地 名 称 組合市町村等の 長(職・氏名) (印)	
4 休 業 補 償	全部休業した日 についての計算	(補償基礎額) (請求日数) (全部休業した日に支払われた給与の総額) (A)	円 × × $\frac{60}{100}$ - 円 = 円	
	一部休業した日 についての計算	(補償基礎額) (請求日数) (一部休業した日に支払われた給与の総額) (B)	(円 × - 円) × $\frac{60}{100}$ = 円	
	休業補償額 請求金額	(A) + (B) 円		
5	厚生年金保険法等 の適用関係	☐ _____ の被保険者である。 ☐ 被保険者でない。		

* 6 医 師 の 証 明	傷病名	
	請求日数にうち療養のため勤務することが できなかったと認められる日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	現在の状態 年 月 日 ☐ 治ゆ ☐ 死亡 ☐ 中止 ☐ 転医 ☐ 継続中
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の 所在地 名称 医師の氏名 (印)	

7 送 金 希 望 の 場 合	口座 振替	振込先金 融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		*決定 金額	条例第10条の制限 ☐ 有 ☐ 無
		口座番号			円
			預金名義者		*通知
	送金 小切手	受取先金 融機関名	銀行 支店	*支払	年 月 日
	その他				年 月 日

[注意事項]

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✓印を記入すること。
- 「 2 請求日数等」の欄には、長崎県市町村総合事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償条例第8条ただし書及び同条例施行規則第7条の2に該当する日がある場合は、当該日数を控除日数を記入すること。
- 「 *6 医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、すでに療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求において重ねて医師の証明を求めて、記入することはないこと。
- この請求を提出するときに、請求する休業補償と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄の社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
 - 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
 - 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金

- (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
- (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金(以下単に「障害厚生年金」という。)
及び国民年金法の規定による障害基礎年金(同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。)
- (5) 障害厚生年金(当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。)
- (6) 障害基礎年金(当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。)