様式第4号（第6条関係）

休業補償請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 請求回数 | 第　　回 |
| （実施機関の職氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　殿下記の休業補償を請求します。 | 請求年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の住所ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 1被災職員に関する事項 | 所属部局名 | 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　　　　円一部休業した日に支払われた給与の総額　　　　円 |
| ＊3所属部局の長の証明 | 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　　　　　　　　　　　所属部局の　名称　　　　　　　　　　　長の職・氏名　　　　　　　　　㊞ |
| 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×　　×－　　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) | 全部休業した日に支払われた給与の総額 |
| (B)(　　円×　　－　　円)×＝　　円 |
| 休業補償請求金額 | (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。 |
|  | 傷病名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊　6　医師の証明 | 請求日数の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　日からのうち　日　　　年　月　日まで | 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　　日所在地　　　　　　　　　　　医療機関の　名称　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 年 　月 　日 |
| 送金小切手 | 振込先金融機関名 | 銀行　支店 |
| ＊支払 | 年 　月 　日 |
| その他 |  |

〔注意事項〕

1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2　「2　請求日数等」の欄には、日南町議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例第8条ただし書及び同条例施行規則第5条の3に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

3　「＊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、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。

4　この請求書を提出するときに、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社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。

⑴　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

⑵　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

⑶　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

⑷　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。）

⑸　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。）

⑹　障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員等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。）