

別記様式第五

休業補償請求書

請求第 _____ 回					
河川法第 _____ 条の規定に基づき、次のとおり休業補償を請求します。		請求年月日		_____年 _____月 _____日	
		請求者	住所		
		ふりがな	氏名		
従事者	住所			生年月日	_____年 _____月 _____日 男・女
	ふりがな	氏名			職業
事故	(事故発生の場所)		(事故発生の日時) _____年 _____月 _____日 前 _____時 _____分		
	(事故又は疾病の発生の原因及びその状況)				
(請求日数) _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで のうち 日 { 全部休業日数 _____日 一部休業日数 _____日					
補償額	補償基礎額	円	扶養親族	氏名	生年月日
	{ 基礎額 _____円 扶養親族 { 20円× _____人 = _____円 { 13円× _____人 = _____円				
請求金額	全部休業日数のみの場合	(補償基礎額) (請求日数) _____円 × $\frac{60}{100}$ = _____円			
	一部休業日数のある場合	(補償基礎額)(請求日数) _____円 × $\frac{60}{100}$ = _____円 ( _____円 × _____円 ) × $\frac{60}{100}$ = _____円			
※ 医師の証明	(傷病名)		(現在の状態) _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		
	(請求日数のうち療養のため勤務その他の業務に従事することができなかつたと認められる日数)		(勤務その他の業務に従事することができなかつたと認められる理由)		
	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで のうち _____日				
上記のとおりであると認めます。 _____年 _____月 _____日 医療機関の { 所在地 _____ { 名称 _____ { 医師又は歯科医師氏名 _____					

#### 備考

- 1 用紙は、日本産業規格A4の寸法のものとする。
- 2 請求者は、※印の欄は記載しないこと。該当する□にレ印を付け、「男・女」及び「前後」については、該当するものを○で囲むこと。
- 3 「第 条」の箇所には、根拠条文を記載すること。
- 4 「請求第 回」の欄には、同一傷病についての請求回数を記載すること。
- 5 「職業」の欄は、できるだけ具体的に記載すること。
- 6 「請求日数」の欄中、全部休業日数の項目には、療養のため勤務その他の業務に全く従事できず収入を全く得ることができなかつた日の日数を、一部休業日数の項目には、療養のため勤務その他の業務に一部しか従事できなかつたため得た収入の額が補償基礎額以下であつた日の日数を記載すること。