

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。



船員保険 休業手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで、労災保険決定後1~2か月以上かかります。

|              |            |   |   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|--------------|------------|---|---|--|---|-------------|---|----------|---|--------------|------------|---------|-----|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 申請内容         | ⑧          | 船舶所有者の住所  | 東京都千代田区△△1-1  |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              |            | 船舶所有者の氏名  | 株式会社 協会商事   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              | ⑨          | 傷病名   | 1   | 鎖骨骨折   |   | 負傷または発病の年月日 | 1 | 令和〇年3月2日 |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              |            |   | 2   |  | 2 |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              |            |   | 3   |  | 3 |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              | ⑩          | 該当の傷病は第三者行為によるものですか。  |   | <input type="checkbox"/> はい → ※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              | ⑪          | 休業(補償)給付の請求を行っている労働基準監督署の名称、所在地をご記入ください。  | 名称  | 所在地  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              |            |   | 〇〇 労働基準監督署  | 東京都〇〇区〇〇1-1-1  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              | ⑫          | ⑦療養のため休んだ期間(申請期間)   | 令和 <table><tr><td>〇</td><td>〇</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>4</td></tr></table> から 日数 <table><tr><td>28</td></tr></table> 日間<br>令和 <table><tr><td>〇</td><td>〇</td><td>0</td><td>3</td><td>3</td><td>1</td></tr></table> まで  |  |   |             |   |          | 〇 | 〇            | 0          | 3       | 0   | 4 | 28 | 〇 | 〇 | 0 | 3 | 3 | 1 |
|              | 〇          | 〇   | 0   | 3  | 0 | 4           |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 28           |            |   |   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 〇            | 〇          | 0   | 3   | 3  | 1 |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 確認事項         | ⑬          | 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。<br>(※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。           | <input type="checkbox"/> はい → 令和 年 月 日から 報酬額 円<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日まで  |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
|              | ⑭          | 「障害厚生年金」を受給していますか。<br>(※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | <div><input type="checkbox"/> はい</div> <div><input type="checkbox"/> 請求中</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> いいえ</div> <div>(※2) <table><tr><td>傷病名</td><td></td></tr><tr><td>基礎年金番号(10けた)</td><td>年金コード(4けた)</td></tr><tr><td>支給開始年月日</td><td>年金額</td></tr></table></div> |  |   |             |   | 傷病名      |   | 基礎年金番号(10けた) | 年金コード(4けた) | 支給開始年月日 | 年金額 |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 傷病名          |            |   |   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 基礎年金番号(10けた) | 年金コード(4けた) |   |   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |
| 支給開始年月日      | 年金額        |   |   |  |   |             |   |          |   |              |            |         |     |   |    |   |   |   |   |   |   |

6

添付書類等を参考に、傷病名をご記入ください。

7

療養のため職務に服することができなかった期間(公休日を含む)をご記入ください。  
合計日数(日間)も必ずご記入ください。





休業補償給付支給請求書(様式第8号)の両面コピーを添付できない場合のみ、療養担当者の証明(当ページ)の提出が必要です。



## 船員保険 休業手当金 支給申請書

【被保険者の方へ】

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

### 療養担当者記入用

※労災保険に提出された「休業補償給付支給請求書(様式第8号)」の両面コピーを添付していただく場合は、療養担当者の証明(当ページ)の提出は不要です。

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
| 患者氏名   |  | 船保 太郎                                 |   |
| ① 傷病名  | 1  | 鎖骨骨折                                  |   |
|  | 2  |                                       |   |
|  | 3  |                                       |   |
| 発病または負傷の年月日                                      |  | 令和 〇〇 年 3 月 3 日                       |   |
| ③ 職務不能と認めた期間                                     | 令和 〇〇 年 3 月 4 日から 28 日間                        |                                       | 発病または負傷の原因  |
|  | 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで                             |                                       |   |
| うち入院期間   |  | 令和 〇〇 年 3 月 26 日から 6 日間入院             |   |
| 診療実日数  | 8 日  | 3 月                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
|  |  | 月                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
|  |  | 月                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)      |  |                                       |   |
| ④  | 鎖骨を骨折し、3/4初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要 |                                       | 手術年月日 令和 06 年 02 月 15 日   |
|  | 症状経過からみて従来の職種について職務不能と認められた医学的所見               |                                       | 退院年月日 令和 06 年 02 月 15 日   |
| 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、職務不能と判断した。 |  |                                       |   |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着した日                             |  | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日                       |   |
| 人工臓器等の種類   |  | 人工虹膜 人工関節 人工骨髄 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ( ) |   |
| ●上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇 年 4 月 15 日                 |  |                                       |   |
| 医療機関の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都品川区△△1-1                   |  |                                       |   |
| 医療機関の名称 品川〇〇病院                                   |  |                                       |   |
| 医師の氏名 〇〇 〇〇                                      |  | 電話番号 03 ( ×××× ) 〇〇〇〇                 |   |

【療養担当者の方へ】

① 複数の傷病名がある場合は、1から主たる傷病名を順次ご記入ください。

② 左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。

③ 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

④ 症状および経過、職務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

### 記入にあたってご注意いただきたいこと

■医学的見地から、療養のため職務不能と認められる期間をご記入ください。  
また医師意見書の証明年月日より後の日付を、職務不能期間として記入することはできませんので、ご注意ください。

■医師の氏名の記入もれがないようご注意ください。

申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

## 申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は  
生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

## 船舶所有者の証明

船舶所有者に記入を  
依頼してください。  
※「休業補償給付支給申請書(様式第8  
号)」の両面コピーを添付していただく  
場合は、提出は不要です。

## 療養担当者の意見書

担当医師に記入を  
依頼してください。  
※「休業補償給付支給申請書(様式第8  
号)」の両面コピーを添付していただく  
場合は、提出は不要です。

1/4ページ

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 大阪府知事 官公署 大阪府庁<br>大阪府知事 官公署 大阪府庁  |  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>日</span><span>月</span><span>年</span> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">ページ</div> |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>船務保険 休業手当金 支給申請書 (第 四) 休</div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">休</div> </div> |  |   |  |
| 申請者情報 (申請者) (記入用)   |  | 申請書について、印字・捺印の箇所があります。  |  |
| 1 氏名<br>2 性別<br>3 生年月日<br>4 職業<br>5 所属  | 1 氏名<br>姓<br>名<br>2 性別<br>男<br>女<br>3 生年月日<br>年<br>月<br>日<br>4 職業<br>(職業の種類を記載してください)<br>5 所属<br>(所属の会社名を記載してください) | 1 氏名<br>姓<br>名<br>2 性別<br>男<br>女<br>3 生年月日<br>年<br>月<br>日<br>4 職業<br>(職業の種類を記載してください)<br>5 所属<br>(所属の会社名を記載してください)  | 1 氏名<br>姓<br>名<br>2 性別<br>男<br>女<br>3 生年月日<br>年<br>月<br>日<br>4 職業<br>(職業の種類を記載してください)<br>5 所属<br>(所属の会社名を記載してください) |
| 1 申請者情報 (申請者)   |  | 2 申請者情報 (申請者)   |  |
| 3 申請者情報 (申請者)   |  | 4 申請者情報 (申請者)   |  |
| 5 申請者情報 (申請者)   |  | 6 申請者情報 (申請者)   |  |
| 7 申請者情報 (申請者)   |  | 8 申請者情報 (申請者)   |  |
| 9 申請者情報 (申請者)   |  | 10 申請者情報 (申請者)  |  |
| 11 申請者情報 (申請者)  |  | 12 申請者情報 (申請者)  |  |
| 13 申請者情報 (申請者)  |  | 14 申請者情報 (申請者)  |  |
| 15 申請者情報 (申請者)  |  | 16 申請者情報 (申請者)  |  |
| 17 申請者情報 (申請者)  |  | 18 申請者情報 (申請者)  |  |
| 19 申請者情報 (申請者)  |  | 20 申請者情報 (申請者)  |  |
| 21 申請者情報 (申請者)  |  | 22 申請者情報 (申請者)  |  |
| 23 申請者情報 (申請者)  |  | 24 申請者情報 (申請者)  |  |
| 25 申請者情報 (申請者)  |  | 26 申請者情報 (申請者)  |  |
| 27 申請者情報 (申請者)  |  | 28 申請者情報 (申請者)  |  |
| 29 申請者情報 (申請者)  |  | 30 申請者情報 (申請者)  |  |
| 31 申請者情報 (申請者)  |  | 32 申請者情報 (申請者)  |  |
| 33 申請者情報 (申請者)  |  | 34 申請者情報 (申請者)  |  |
| 35 申請者情報 (申請者)  |  | 36 申請者情報 (申請者)  |  |
| 37 申請者情報 (申請者)  |  | 38 申請者情報 (申請者)  |  |
| 39 申請者情報 (申請者)  |  | 40 申請者情報 (申請者)  |  |
| 41 申請者情報 (申請者)  |  | 42 申請者情報 (申請者)  |  |
| 43 申請者情報 (申請者)  |  | 44 申請者情報 (申請者)  |  |
| 45 申請者情報 (申請者)  |  | 46 申請者情報 (申請者)  |  |
| 47 申請者情報 (申請者)  |  | 48 申請者情報 (申請者)  |  |
| 49 申請者情報 (申請者)  |  | 50 申請者情報 (申請者)  |  |
| 51 申請者情報 (申請者)  |  | 52 申請者情報 (申請者)  |  |
| 53 申請者情報 (申請者)  |  | 54 申請者情報 (申請者)  |  |
| 55 申請者情報 (申請者)  |  | 56 申請者情報 (申請者)  |  |
| 57 申請者情報 (申請者)  |  | 58 申請者情報 (申請者)  |  |
| 59 申請者情報 (申請者)  |  | 60 申請者情報 (申請者)  |  |
| 61 申請者情報 (申請者)  |  | 62 申請者情報 (申請者)  |  |
| 63 申請者情報 (申請者)  |  | 64 申請者情報 (申請者)  |  |
| 65 申請者情報 (申請者)  |  | 66 申請者情報 (申請者)  |  |
| 67 申請者情報 (申請者)  |  | 68 申請者情報 (申請者)  |  |
| 69 申請者情報 (申請者)  |  | 70 申請者情報 (申請者)  |  |
| 71 申請者情報 (申請者)  |  | 72 申請者情報 (申請者)  |  |
| 73 申請者情報 (申請者)  |  | 74 申請者情報 (申請者)  |  |

2/4ページ

日本経済団体連合会 経済政策研究所  
NIPPON KEIZAI RYOKU GAKKAI

1 2 3 4 ページ

## 船員保険 休業手当 支給申請書

### 被保険者名(申請者)記入欄

※欄外に記入して下さい。欄外に記入欄がない場合は2ページ以上記入して下さい。

被保険者の  
氏名

被保険者の  
住所

被 保 者  
の 職 業

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被保険者の  
氏名

被保険者の  
住所

被 保 者  
の 職 業

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被保険者の  
氏名

被保険者の  
住所

被 保 者  
の 職 業

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被保険者の  
氏名

被保険者の  
住所

被 保 者  
の 職 業

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被 保 者  
の 性 別

被 保 者  
の 職 種

被 保 者  
の 年 齢

被保険者の  
氏名

被保険者の  
住所

被 保 者  
の 職 業

3/4ページ

労働部健康保険局 給与振替書

※ 労働部健康保険局 給与振替書

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

## 4/4ページ

[illegible]

添付書類をご用意ください。

休業手当金の申請期間を含む休業補償給付支給申請書(様式第8号)とその添付書類一式の両面コピー(この両面コピーを添付していただく場合は、船舶所有者の証明(3ページ)、療養担当者の意見書(4ページ)、職務上事故証明書は省略することができます。)

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

|  |  |
|--|--|
| 第三者による傷病の場合                                | 「第三者行為による傷病届」のコピー  |
| 被保険者が亡くなられ、<br>生計を同じくされていたご家族の方が<br>申請する場合 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」</li> <li>・ 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</li> </ul> |



## 休業手当金の支給要件等

## 支給を受ける条件

被保険者が職務上の病気やケガの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、休業手当金が支給されます。

- ① 職務上の事由または通勤による病気やケガのための療養中であること
- ② 労災保険から、休業補償給付が支給されていること（待期期間を除きます）
- ③ 給与（報酬）の支払いがないこと  
給与の支払いがあってもその額が一定水準より少ない場合は支給されます。

※休業手当金を受ける権利は、「職務不能であった日ごとにその翌日」から2年で時効になりますのでご注意ください。  
※同一の傷病等により障害厚生年金を受けるようになった時は、休業手当金の額に政令で定める率を乗じて得た額に相当する部分が支給停止になります。

## 支給期間と支給額

| 療養のため職務不能であり<br>賃金を受けない期間                     | 1日当たりの休業手当金の支給額         |
|---|-------------------------|
| 1日目～3日目                                       | 標準報酬日額の100%             |
| 4日目～4か月目                                      | 標準報酬日額の40%－労災保険の休業特別支給金 |
| 5か月目～<br>（労災保険の給付基礎日額が<br>最高限度額に該当する場合を除く）    |                         |
| 1年6か月経過後～<br>（労災保険の給付基礎日額が<br>最高限度額に該当する場合のみ） |                         |
|   | （標準報酬日額－最高限度額）の60%      |