



記入例

休業手当金支給申請書

1 2 3 4 ページ

全国健康保険協会 船員保険部

船員保険 休業手当金 支給申請書（第 1 回）

休

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。

被保険者（申請者）欄	① 記号番号（左づめ）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3			
	② 個人番号（マイナンバー）					
	記号番号を記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）の記入は必要ありません。（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要です。					
	③ 被保険者の氏名（申請者）	（フリガナ） センボ タロウ 船保 太郎				
	④ 生年月日	（昭和） （平成） （令和）	○	○	0	1 2 3
⑤ 住所	郵便番号	1 0 2	-	8 0 1 6	電話番号 (白中の連絡先) 03 (xxxx) 0000	
	東京	都	道	府	県	
	千代田区富士見2-7-2					

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。		
	金融機関名称	銀行 信金 農信 漁連 その他	本店（本所） 出張所 代理店 支店（支所）
	預金種別	普通 当座	カタカナでご記入ください。
	口座番号	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。	

⑦ 受取代理人の欄	④ 保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委託します。			令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ			
	代理人（口座名義人）	氏名 (フリガナ)	被保険者との 関係		
	住所	(郵便番号 -)	電話番号 (白中の連絡先)	()	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

5

①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{※1} 貼付台紙に②③どちらも貼付し、申請書に添付してください。

②身元確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

③番号確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、個人番号通知のコピー（記載情報と現況に相違のないもの）、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。（印刷環境がない場合はご連絡ください。）

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑤をご確認ください。

2

船員である（あった）被保険者（疾病任意継続被保険者を含む）の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

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。

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1

R8.1

船員保險 休業手當金 支給申請書

被保險者(申請者)記入用

支給決定まで、労災保険決定後1～2ヶ月以上かかります。

添付書類等を参考に、傷病名をご記入
ください。

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	⑥ 傷病名	1	鎖骨骨折				1 2 3	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。											
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 border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>〇</td><td>年</td><td>0</td><td>月</td><td>3</td><td>日</td><td>4</td></tr></table>		〇	年	0	月	3	日	4	から		日数		28 日間
〇	年	0	月	3	日	4									
		令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>〇</td><td>年</td><td>0</td><td>月</td><td>3</td><td>日</td><td>1</td></tr></table>		〇	年	0	月	3	日	1	まで				
〇	年	0	月	3	日	1									
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。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等を記入ください。	<input type="checkbox"/> はい → 令和 年 月 日から 報酬額 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日まで 円													
⑭	「障害厚生年金」を受給していますか。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等を記入ください。(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。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		(※2)		傷病名 <hr/> 基礎年金番号(10けた) 年金コード(4けた) <hr/> <hr/> 支給開始年月日 年金額 <hr/> <hr/>									

7

療養のため職務に服することができなかつた期間(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、船舶所有者の証明(当ページ)と船舶所有者が証明した「職務上事故証明書」の提出が必要です。

船員保險 休業手當金 支給申請書

船舶所有者記入用

支給決定まで、労災保険決定後1～2ヶ月以上かかります。

職務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
※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、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

被保険者氏名	船保 太郎					
①勤務状況(【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。)				出勤	有給	
令和 〇年 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			計	2 日	1 日
令和 年 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			計	日	日
令和 年 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			計	日	日
職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?				給与の種類 (〇で囲んでください。)		
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				月給	日給	日給月給
				時間給	歩合給	その他
				単価	日給	支払日
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。				締日	未	日
支給した (～する) 賃金内訳	5	3月 1日 ～ 3月 31日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について ご記入ください。	
	基本給	310,000	30,000	0	基本給については 出勤と有給休暇分を日割り計算 して支給	
	住居手当	30,000	30,000	0	310,000×3/31=30,000	
	手当			0	住居手当については、 一か月分満額支給	
	手当			0		
	手当			0		
	その他			0		
	合計	340,000	60,000	0		
	6	職務に服しなかった期間	令和〇〇年 3月 4日から 令和〇〇年 3月 31日まで			28 日間
●上記のとおり相違ないことを証明します。				令和〇〇年 4月 20日	担当者氏名	〇〇〇〇
船舶所有者の住所				〒123-4567 東京都千代田区●●● 株式会社 ◆▲◎		
船舶所有者の氏名				代表取締役 ●▽ ◇×		
				電話番号	03 (xxxx) 〇〇〇〇	

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。

【被保険者の方へ】

お勤め先の船舶所有者に証明を受けてください。

【船舶所有者の方へ】

1

職務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は〇で、有休の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

?

職務に服することができなかつた期間
に対して、賃金を支給した場合は「はい」
に、支給していない場合は「いいえ」に✓
で表示してください。

3

給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

4

賃金計算の締日、支払日をご記入ください。

5

職務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や勤怠控除計算方法等をご記入ください。

6

職務に服しなかった期間をご記入ください。



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

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	〔平成〕〇〇年 3月 3日 〔発病〕 〔令和〕	
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		
	令和〇〇年 3月 31日まで		
④ うち入院期間	令和〇〇年 3月 26日から 6日間 入院		
	令和〇〇年 3月 31日まで		
	診療実日数	8 日	3 月
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			
症状経過からみて從来の職種について職務不能と認められた医学的所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後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 を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日 〔契約〕〔平成〕〔令和〕 年 月 日		
	人工臓器等の種類 〔人工肛門〕〔人工関節〕〔人工骨頭〕〔心臓ベースメーカー〕 〔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 (xxxx) 〇〇〇〇			

【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みと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。

1/4ページ

2/4ページ

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。

4/4ページ

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、 生計を同じくされていたご家族の方が 申請する場合	<ul style="list-style-type: none">・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等



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(待定期間を除きます)
- 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 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～ (労災保険の給付基礎日額が 最高限度額に該当する場合を除く)	
1年6か月経過後～ (労災保険の給付基礎日額が 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%