

船員保険 休業手当金 支給申請書 (第 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	被 保 険 者 証 の 記 号 お よ び 番 号 (左づめ)											—																
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)																										
	③	生 年 月 日	昭和 平成		年		月		日																				
	④	住 所	郵便番号				—				電話番号 (日中の連絡先)		()																
			都 道 府 県																										

⑤ 振込希望口座	金融機関名称		銀行		本店(本所)											
			信金	労金	信漁連	出張所		代理店								
			農協	漁協	支店(支所)											
			その他()		ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。											
預金種別	普通		当座	その他()		口座名義	カタカナでご記入ください。									
口座番号																

②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。

⑥ 受取代理人の欄	被保険者 (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任します。 氏名 _____ 住所 「被保険者欄④」の住所と同じ		令和 年 月 日
	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 (日中の連絡先) ()	

被保険者証の記号番号を記入した場合は **記入不要** です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

R4.1

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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



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	⑦	船舶所有者の住所																			
		船舶所有者の氏名																			
	⑧	傷病名	1		負傷または発病の年月日	1															
			2			2															
			3			3															
⑨	該当の傷病は第三者行為によるものですか。		☐ 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。 ☐ いいえ																		
⑩	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																
			労働基準監督署																		
⑪	療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで 日間																		
確認事項	⑫	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬(給与等)を受けましたか。または今後受けられますか。 (※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。		☐ はい (※1) 令和 年 月 日 から 報酬額 ☐ いいえ 令和 年 月 日 まで 円																	
	⑬	「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ご記入ください。 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)		☐ はい (※2) ☐ 請求中 ☐ いいえ <table><tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>基礎年金番号(10けた)</td><td colspan="2">年金コード(4けた)</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr><tr><td>支給開始年月日</td><td colspan="2">年金額</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr></table>				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																				



船員保険 休業手当金 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か月以上かかります。

職務に服することができなかっ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。

船舶所有者が証明するところ	被保険者氏名																			
	勤務状況（【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。）														出勤		有給			
	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		
	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？ ☐ はい ☐ いいえ														給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算			
															月給	日給	日給月給	締日	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。														時間給	歩合給	その他	支払日	当月 翌月	日
	支給した(する)賃金内訳	区分	単価	月 日 ～ 月 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		支給額	支給額	支給額														
住居手当																				
手当																				
手当																				
手当																				
手当																				
その他																				
合計																				
職務に服しなかった期間		令和	年	月	日	から	日間													
		令和	年	月	日	まで														
上記のとおり相違ないことを証明します。														担当者氏名						
令和														年	月	日				
船舶所有者の住所																				
船舶所有者の氏名																				
電話番号 ()																				



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。

療養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す と こ ろ	患者氏名																																					
	傷病名	1																															療養の給付 開始年月日 (初診日)	1	平成 令和	年	月	日
		2																																2	平成 令和	年	月	日
		3																																3	平成 令和	年	月	日
	発病または 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	発病 負傷	発病または 負傷の原因																															
	職務不能と 認めた期間	令和	年	月	日	から																										日間	令和	年	月	日	まで	
	うち入院期間	令和	年	月	日	から	日間	入院	療養費用の別	船保 自費 公費 () その他																												
		令和	年	月	日	まで	転 帰			治療 繰越 中止 転医																												
	診療実日数	日	診療日を ○で囲んで ください。	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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）										手術年月日 令和 年 月 日																												
										退院年月日 令和 年 月 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																																						
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										昭和 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 年 月 日																																						
医療機関の所在地																																						
医療機関の名称																																						
医師の氏名																																						
電話番号 ()																																						

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

船員保険 休業手当金 支給申請書 (第 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。

①	被保険者証の 記号および番号 (左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎
③	生 年 月 日	昭和 平成 3 1 0 2 1 1 年 月 日
④	住 所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号 (日中の連絡先) 0 3 (XXXX) 0000 東京 千代田区富士見 2-7-2

⑤ 振込希望口座

金融機関名称	〇 〇	銀行 信金 労働 信濃連 農協 漁協 その他	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。
預金種別	普通 当座 その他	カタカナで記入ください。	
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ タロウ

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみ記入ください。

⑥ 受取代理人の欄

被保険者 (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任します。 令和 年 月 日		
氏名	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ		
代理人 (口座名義人)	氏名	被保険者との 関係	
住所	(郵便番号 -)	電話番号 (日中の連絡先)	()

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

R4.1 受付日付印

- 1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

 - 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、③欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。
 - 3 ご希望の振込希望口座をご記入ください。
預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。
 - 4 ②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。
受取代理人の欄の申請者の印は、②欄に押印いただいたものと同じものを押印ください。
- 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。

- 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^{※2}に⑦④どちらも貼付し、申請書に添付してください。
- ⑦ 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
 - ④ 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が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。)

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



船員保険

検索

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	⑦	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								
	⑧	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							
⑨	該当の傷病は第三者行為によるものですか。		☐ 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。 ☒ いいえ								
⑩	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							
⑪	⑦療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 〇〇 年 03 月 04 日 から 日数 令和 〇〇 年 03 月 31 日 まで 28 日間								
確認事項	⑫	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬(給与等)を受けましたか。または今後受けられますか。 (※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。		(※1) ☐ はい → 令和 年 月 日 から 報酬額 ☒ いいえ 令和 年 月 日 まで 円							
	⑬	「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ご記入ください。 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)		(※2) ☐ はい ☐ 請求中 ☒ いいえ <table border="1"> <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>			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
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。

R4.1

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。

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

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。

※「休業補償給付支給請求書（様式第8号）」の両面コピーを添付していた場合は、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。

※「休業補償給付支給請求書（様式第8号）」の両面コピーを添付していた場合は、提出は不要です。

1/4ページ

2/4ページ

3/4ページ

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支給請求書（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）、療養担当者の証明（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」
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	- 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

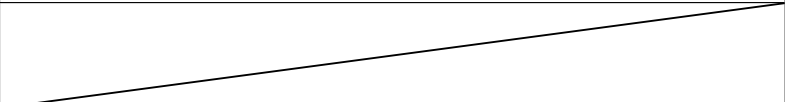
支給を受ける条件

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。

- ❶ 職務上の事由または通勤による病気やケガのため療養中であること
- ❷ 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）
- ❸ 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

療養のため労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%