別記第4号(第8条関係)

休業補償請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 請求回数 | 第　　　　　　回 |
| 　(実施機関の職氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　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 | 所属部局名 | 職名 |
| 関する事項被災職員に |
| 氏名 | 　　年　　月　　日生(　　歳) |
| 負傷または発病の年月日 | 　　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 | 　1および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 |
| 長の証明所属部局の |
| 所属部局の | 所在地　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　長の職氏名　　　　　　　　　　印 |
| ４　休業補償 | 全部休業した日についての計算 | (A) | 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 | 　 |
| 　　　　　円×　　　　　×－　　　　円＝　　　　　円 |
| 一部休業した日についての計算 | (B) | 補償基礎額 | 　 | 請求日数 | 　 | 一部休業した日に支払われた給与の総額 | 　 |
| (　　　　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。 |
| ※６医師 | 傷病名 |
| 請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数 | 現在の状態　　年　　月　　日□治ゆ　　□死亡　　　□中止□転医　　□継続中 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | のうち　　　日 |
| 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 |
| 　 | ※支払 | 　　年　　月　　日 |

〔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、福井県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(以下「条例」という。)第8条ただし書および福井県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施行規則第7条の2に該当する日がある場合は、該当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、既に療養補償請求書等によつ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。

　4　「5　厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により条例附則第5条第2項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□　　　の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。

　　 なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号および所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る休業補償の支給決定後に条例附則第5条第2項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受けることとなつた場合には、速やかにその旨書類で報告すること。