

別記様式第五

休業補償請求書

		請求第		回
殿 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	㊟
従者 事	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) 前	
			年 月 日	後 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 基	補償基礎額	円	氏名	生年月日
	基礎額	円		
	扶養親族	20円× 人 =	扶養親	
		13円× 人 =		
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) (一部休業した日に 得た収入の額) (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 請求者が氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができる。
- 2 用紙は、日本工業規格A4の寸法のものとする。
- 3 請求者は、※印の欄は記載しないこと。該当する□に✓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。
- 4 「第 条」の箇所には、根拠条文を記載すること。
- 5 「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。
- 6 「職業」の欄は、できるだけ具体的に記載すること。
- 7 「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。