

# 労災（通勤災害/休業補償）様式第16-6号 記入見本

青字で記載されている部分に、《例》を参考にして、ご自分の状況を記入してください。

業務災害の休業補償の場合は、様式第8に記入してください。

事故発生の日時または、発病の日時を正確に記入してください。

銀行等に振込みを希望する場合は、ご本人の口座番号を記入してください。

●ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、記号は『1』から始まる5桁、番号は『1』で終わる最大8桁となりますが、番号が8桁未満の場合は、先頭に『0』を付けて、8桁にしてください。

【例】番号が『1234561』の場合『01234561』となります。

記号(5桁)	番号(8桁)
1 0 x x 0	0 1 2 3 4 5 6 1

『0』を加えてください。

※記号と番号の間に1桁の数字がある場合、その数字は記載する必要はありません。

※預金の種類は『1』普通預金としてください。

診療を行った医師、または歯科医師に記載、証明してもらってください。

赤字で記載されている部分は、本社総務課で記入いたします。

様式第16号の6(労働者災害補償保険) 労働者災害補償保険 第 回

休業給付支給請求書 第 回

休業特別支給金支給申請書(同一労働者)

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

アイウエオカキクケコ サシセソタチツテト ナニヌ

ネノハヒフヘホ マミムメモヤユヨ ラリルレロ ワン

※領票種別 ①管轄局番 ②所管再別 ③受付年月日 ④労働者番号 ⑤事業主番号 ⑥日付 ⑦印字機番

3 4 3 6 0

⑧平均賃金 ⑨休業開始日 ⑩休業終了日 ⑪休業日数

1 3 1 0 4 2 2 5 4 1 9 0 0 0

5 6 0 0 8 2 6

9 0 4 0 5 1 5

ソラスト ハナコ

空洲渡 花子 (37歳)

住所 107-0000 東京都〇〇区本町1-1-1

9 0 4 0 5 1 5 9 0 4 0 5 3 1 17 17

6 1 1 7 4 3 4

新規・変更

〇〇

▲▲

株式会社ソラスト 電話(03)3450-2610

東京都港区港南2丁目15番3号 品川インターシティC棟12階 〒108-8210

代表取締役社長 野田 亨

左脚脛骨遠位部骨折

療養の期間 R〇年5月15日からR〇年5月31日まで 17日間 診察実日数 15日

療養の現況 R〇年5月31日 治癒(症状固定)・死亡・転医・中止・**継続中**

療養のため出勤することができなかった期間 R〇年5月15日からR〇年5月31日まで 17日間休業 17日

川崎市幸区〇△5-4-3

川崎南 労働基準監督署長 殿

〒107-0000 電話(090)1234-5678

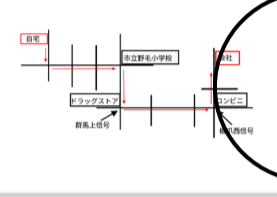
令和〇年6月5日

住所 東京都〇〇区本町1-1-1

申請人 空洲渡 花子

【裏面】

様式第16号の6(裏面)

① 労働者の職種	② 乗務又は発出の年月日及び時刻	③ 平均賃金(算定内訳別添1のとおり)								
病院受付事務	R〇年5月15日 午前10時40分頃	〇〇〇〇円 37歳								
④ 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	<input checked="" type="radio"/> 住居から就業場までの移動 <input type="radio"/> 就業場の場所から住居への移動 <input type="radio"/> 就業場の場所から他の就業場の場所への移動 <input type="radio"/> 先に後述する住居間の移動									
⑤ 災害発生時の場所	川崎市幸区〇×町4丁目1-1付近市道									
⑥ 就業の場所 (災害時の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は記入)	川崎市幸区△×町1-9-8									
⑦ 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は記入)	令和〇年5月15日	午前9時00分頃								
⑧ 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は記入)	令和〇年5月15日	午前8時15分頃								
⑨ 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は記入)	年 月 日	午前 時 分 頃								
⑩ 就業場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は記入)	年 月 日	午前 時 分 頃								
⑪ 災害時に通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生時の場所に至った経路、方法、所要時間等の状況	 <p>自宅⇒自転車(40分)⇒職場</p> <p>(通常の通勤所要時間) 時間 40分</p>									
⑫ 災害の原因及び発生状況 (ア)どのような被害を受けたか (イ)どのような方法で移動していたか (ウ)どのような状況であったか (エ)どのような状況において被災したか (オ)どのような理由で被災したか	JR川崎駅から職場まで自転車で出勤中、〇×町4丁目1-1付近の市道交差点で、道路横断中に、左折しようとしていた車と接触し転倒。その時路面と自転車の間に挟まれた左足の脛の骨を骨折しました。									
⑬ 現職者の住所	東京都〇〇区××町3-2-1 電話(044)001-0001									
⑭ 第三者行為災害	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない									
⑮ 健康保険日額特別被保険者手帳の記号及び番号										
⑯ 経任の事業の名称	者・業	経任直前の住所に係る住所								
⑰ 就業給付額・休職特別支給金額の決定比率 (平均給与額証明書のとおり)										
⑱ 前職の事業所(複数事業所を併記)	(一)基礎年金番号	(二)被保険者番号の取得年月日								
	<table border="1"> <tr> <th>事業所名</th> <th>基礎年金番号</th> <th>被保険者番号</th> <th>取得年月日</th> </tr> <tr> <td>〇〇〇〇〇〇</td> <td>〇〇〇〇〇〇〇〇</td> <td>〇〇〇〇〇〇〇〇</td> <td>〇〇年〇月〇日</td> </tr> </table>	事業所名	基礎年金番号	被保険者番号	取得年月日	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇年〇月〇日	
事業所名	基礎年金番号	被保険者番号	取得年月日							
〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇年〇月〇日							
⑲ 有	者の場合でいずれかの事業所に特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業所を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称 加入年月日 給付基礎日額									

(注) 別添1(平均賃金算定内訳別添1)を添付して提出してください。別添1(平均賃金算定内訳別添1)は、労働者が災害発生当日の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は、就業場の場所から住居への移動の経路、方法及び所要時間を記載してください。別添1(平均賃金算定内訳別添1)は、労働者が災害発生当日の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は、就業場の場所から他の就業場の場所への移動の経路、方法及び所要時間を記載してください。別添1(平均賃金算定内訳別添1)は、労働者が災害発生当日の通勤の種別が「ハ」又は「ニ」に該当する場合は、先に後述する住居間の移動の経路、方法及び所要時間を記載してください。

災害時の通勤の種別について、該当する記号を記入してください。

『災害時の通勤の種別』に記載した通勤に関する移動の、通常の通勤経路、方法、所要時間と、災害発生当日に住居または、就業場所から災害発生場所となった住所に至った経路、方法、所要時間を、わかりやすく記入してください。  
※地図を貼付して、それに書き込むことや、適宜別紙に記載して併せて提出することも可能です。

どのような場所で、どのような状態で、どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記入してください。負傷または、発病の年月日と初診日が異なる場合は、その理由も記入してください。

災害発生の事実を確認した方の氏名を記入してください。該当者がいない場合は、災害発生の報告を受けた事業所の方の職名と氏名を記入してください。

複数の事業所で就業されている場合、「有」に〇をつけ、該当する事業所の数を記入してください。

社会保険料	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
健康保険料			( ) -

以下の、両面印刷2枚の別紙(全4ページ)については、基本的には総務課で記載いたしますが、**氏名・災害発生年月日・雇入年月日**については、ご自身で記入してください。

様式第16号の6 (別紙1) (表面)

労働保険番号				氏名		災害発生年月日
府県	所屬管轄	基本番号	枝番号	空洲渡 花子		R〇年 5月15日

### 平均賃金算定内訳

(労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日	H20年 4月 1日		常用・日雇の別	常用・日雇	
賃金支給方法	月給・週給・日給・時間給・出来高給制・その他雑費制			賃金締切日	毎月 日
A 労働者 の 賃金 計算 期間	賃金計算期間	月 日 日 月 日 日	月 日 日 月 日 日	月 日 日 月 日 日	計
	総日数	日	日	日	日
	基本賃金	円	円	円	円
	手当				
	計	円	円	円	円
B 労働者 の 賃金 計算 期間	賃金計算期間	月 日 日 月 日 日	月 日 日 月 日 日	月 日 日 月 日 日	計
	総日数	日	日	日	日
	基本賃金	円	円	円	円
	手当				
	計	円	円	円	円
総計	円	円	円	円	円
平均賃金	賃金総額(ホ)	円+総日数(イ)	-	円	円
最低保障平均賃金の計算方法					
Aの(イ) 円+総日数(イ) - 円 総(イ)					
Bの(イ) 円+労働日数(イ) × $\frac{80}{100}$ - 円 総(イ)					
イ 円 総(イ) 円 総(イ) - 円 総(イ) 円 総(最低保障平均賃金)					
日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働者平均賃金第52号による。)	第1等の場合	賃金計算期間	労働者平均賃金	賃金総額	平均賃金
	第2等の場合	都道府県労働局長が定める金額			
	第3等の場合	従事する事業又は職業			
	第4等の場合	都道府県労働局長が定める金額			
労働者平均賃金(昭和24年4月1日現在)	平均賃金総額の承認	年月日	年月日	労働者	平均賃金総額
① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養等のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金 (賃金の総額(ホ)-休業した期間に於ける②の(イ)) ÷ (総日数(イ)-休業した期間②の(イ)) ( 円- 円) ÷ ( 日- 日) = 円 総					

② 業務外の傷病の療養等のため休業した期間 及びその期間中の賃金の内訳					
賃金計算期間	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	計	
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間の日数	日	日	日 (併)	日	
業務外の傷病の療養等のため 休業した期間中の賃金	基本賃金	円	円	円	円
	手当				
	手当				
	計	円	円	円 (併)	円
休業の事由					

② 特 別 給 与 の 額	支払年月日	支払額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

[注 意]

②欄には、休業又は発病の日以前2年間（雇入後2年に満たない者については、雇入後の期間）に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を短える期間ごとに支払われる賃金（特別給与）について記載してください。ただし、特別給与の支払時期の臨時的変更等の理由により休業又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を特別支給金の算定基礎とすることが適当でないと認められる場合以外は、休業又は発病の日以前1年間に支払われた特別給与の総額を記載して差し支えありません。

様式第16号の6 (別紙2)

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	支管轄	基礎番号	枝番号		空洲渡 花子	R4 年 5 月 15 日

① 療養のため労働できなかつた期間  
 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで \_\_\_\_日間

② ①のうち賃金を受けなかつた日の日数 \_\_\_\_日

③ ②の日数の内訳	全部休業日	____日
	一部休業日	____日

④ 一部休業日の年月日及び当該労働者に対し支払われる賃金の額	年 月 日	賃金の額	備 考
		年 月 日	円

[注意]

- 1 「全部休業日」とは、通勤による負傷又は疾病による療養のため労働することができないために賃金を受けない日であつて、一部休業日に該当しないものをいうものであること。
- 2 該当欄に記載することができない場合には、別紙を付して記載すること。

複数事業労働者用

① 労働保険番号(請求書に記載した事業場以外の労基労働保険番号)

都道府県	所属	資格	基幹番号				扶番号				

② 労働者の氏名・性別・生年月日・住所

(フリガナ氏名)	男	生年月日
(漢字氏名)	女	(昭和・平成・令和) 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

(フリガナ住所)

(漢字住所)

③ 平均賃金(内訳は別紙1のとおり)

円 銭

④ 雇入期間

(昭和・平成・令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで

⑤ 療養のため労働できなかった期間

令和 年 月 日 から 年 月 日 まで \_\_\_\_\_ 日間のうち

⑥ 賃金を受けなかった日数(内訳は別紙2のとおり) \_\_\_\_\_ 日

⑦ 厚生年金保険等の受給関係

(イ)基礎年金番号 \_\_\_\_\_ (ロ)被保険者資格の取得年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(ハ)当該傷病に関して支給される年金の種類等

年金の種類 厚生年金保険法の  障害年金  障害厚生年金  
 国民年金法の  障害年金  障害基礎年金  
 船員保険法の  障害年金

障害等級 \_\_\_\_\_ 級 支給されることとなった年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード \_\_\_\_\_

所轄年金事務所等 \_\_\_\_\_



上記②の者について、③から⑦までに記載されたとおりであることを証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業の名称 \_\_\_\_\_ 電話(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

事業場の所在地 \_\_\_\_\_

事業主の氏名 \_\_\_\_\_

労働基準監督署長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行書・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			(_____) _____