冊子③ 請求書類のご記入例

政府の保障事業

ご参照ください。

国土交通省

仕事の途中で私用のため移動していた際の事故、または、私用中に仕事の用事を果たすために移動していた際の事故などの場合は、「その他」としてください。

◆　ご請求にあたっての申告事項について　◆

〇〇 年〇 月〇 日

政府保障事業への請求にあたり、以下のとおり申告いたします。

ご回答者氏名	保障　一郎
被害者の職業（事故当時）	給与所得者、会社役員、自営業、家事従事者、パートアルバイト、無職、学生、 その他（　　）

1．事故発生時の行動目的について

事故発生時の行動目的について該当するものにチェック（✔）のうえ各々の内容についてご回答ください。

☑ 勤務中あるいは通勤中【こちらにチェック（✔）した場合は下欄もご回答願います。】

（1）事故当時のご勤務先についてご回答ください。

【名　称】〇〇〇株式会社
【住　所】東京都〇〇区〇〇町〇－〇〇－〇
【連絡先】０３－〇〇〇〇－〇〇〇〇

（2）「通勤中」の場合、以下の該当欄にチェック（✔）し、各々の内容についてご回答ください。

☑ ① 立ち寄りせず、通常の通勤経路上で事故に遭遇した。

☐ ② 通勤中、立ち寄りをした際に事故に遭遇した。

以下の内容についても、ご回答あるいはチェック（✔）願います。
◆ 事故当日、（☐ ご自宅・☐ ご勤務先）の出発時刻（☐ 午前・☐ 午後）＿＿時＿＿分）
◆ ご勤務先の始業時刻（ 始業 ： ☐ 午前・ ☐ 午後 ＿＿時＿＿分）
◆ ご勤務先の終業時刻（ 終業 ： ☐ 午前・ ☐ 午後 ＿＿時＿＿分）

以下の内容については、上記②をチェック（✔）された場合のみご回答あるいはチェック（✔）願います。
◆ 立ち寄り目的（　　）
◆ 立ち寄り先で要した時間（＿＿時間＿＿分）
◆ 立ち寄り先の名称（　　）
◆ 立ち寄り先の住所（　　）
◆ 立ち寄り先は（ ☐ 通勤経路上　・ ☐ 通勤経路外 ）
◆ 事故発生場所は（ ☐ 立ち寄り先に向かう間 ・ ☐ 立ち寄りを終え、出社・帰宅する間 ）

☐ 私用中
☐ 通学中

☐ その他【こちらにチェック（✔）した場合は下欄もご回答願います。】

－「その他」の場合は、あなた様の事故当時の行動状況について、詳細をご回答ください －

（保障第６号様式）86.4

1 / 3

2．通院交通費の請求に関する意思確認について【該当するものにチェック（✔）願います】

☑ 請求する【「通院交通費明細書」を作成のうえご請求願います】。

☐ 請求しない【 ☐ 特に請求意思がない ・ ☐ 費用が生じていない】。

3．休業損害の請求に関する意思確認について【該当するものにチェック（✔）願います】

☑ 請求する【「ご請求に必要な書類」を参照のうえ書類を取り揃え願います】。

☐ 請求しない【こちらにチェック（✔）した場合は以下の該当するものにチェック（✔）願います】。

－ 請求しない理由について －

☐ 事故当時、仕事に就いておらず（無職であった）、家事従事者にも該当しないため
☐ 事故で仕事・家事を休んでいないため
☐ 事故で仕事は休んだ（年次有給休暇で休んだ場合は除く）が、給与は全額支給されたため
☐ その他
（理由 ：　　）

4．示談状況について【ひき逃げ事故によるご請求の場合は回答不要です】

賠償責任者からの受領金がありながらその申告がなく、賠償責任者および政府から二重の支払いを受けたことが判明した場合は、返金を求めることとなりますので、正確にご回答ください。

☐ 人身損害について示談成立【こちらにチェック（✔）した場合は下欄もご回答願います】。

－ 示談内容について －

◆ 保険会社（組合）名（　　） ◆ 過失割合（貴方様　　％：相手　　％）
◆ 示 談 額（金額：　　円） ◆ 受領年月日（　　年　　月　　日）
※ 示談書（人身損害）コピーをご提出願います。

☑ 人身損害について示談未成立【こちらにチェック（✔）した場合は下欄もご回答願います】。

－ 人身損害に関する示談交渉経緯について －

◆ 貴方様が人身損害について事故の相手側から受領した金額はありますか。
該当する項目にチェック（✔）願います。（※ 修理代等の物損分は除き、相手側が治療費等を直接医療機関に支払っている場合は、その金額を含みます。）
☐ あ り ・ ☑ な し

◆ 上記で「あり」をチェック（✔）した場合、名目（例 治療費・休業補償費・慰謝料等）別に金額および受領年月日をご記入ください。（領収証の控えがありましたら添付願います。）

名 目	金 額	受領年月日	名 目	金 額	受領年月日
	円	年 月 日		円	年 月 日
	円	年 月 日		円	年 月 日
	円	年 月 日		円	年 月 日

◆ 示談交渉中（訴訟中を含む）の場合は、現在までの経緯・内容を具体的にご記入ください。
事故直後の相手からの連絡では、お金を払える状態でないとのことで、その後は、特に話は進んでいません。

（保険業6号様式）86.4

2 / 3

治療の開始から終了までの間に加入していた健康保険等の被保険者証のコピーを添付してください。マイナンバーカードを健康保険証として利用している場合はコピーを添付せず、加入している健康保険等について記載ください。

5．健康保険等の「被保険者証」のコピー【他法令（健康保険等）からの給付額調査に使用します。】
（※）労災保険から給付を受けられる場合に限り、本欄の申告は不要です。

添付

◆ マイナンバーカードを健康保険証として利用している方または治療中加入していた健康保険等の保険証をお持ちでない場合は**コピーを添付せず**、以下の（1）および（2）の項目にチェック（✔）あるいはご回答願います。

◆ 治療の開始から終了までの間に加入していた
[☐ 健康保険等の「被保険者証」のコピー
☐ 医療費助成制度の「医療費受給者証」のコピー
を左側に添付してください。
◆ 保険者番号および被保険者等記号・番号についてはマスキングのうえ添付願います。
◆ はがれない様に、ホチキス、セロハンテープ、のり等で2ヶ所ほど留めてください。

（1）加入健康保険等は【☐ 全国健康保険協会（協会けんぽ）・☑ 国民健保・☐ ＿＿＿健康保険組合
☐ ＿＿＿共済組合・☐ 後期高齢者医療】
（2）被保険者との続柄は【☐ 本 人・☐ 家 族】

6．「運転免許証」のコピー【交通事故に関する過失割合の調査に使用します。】
（※）歩行中、自転車運転中、自動車等同乗中に交通事故に遭遇した場合には、本欄の申告は不要です。

◆ 無免許運転は、過失割合の算定にあたり加算要素になりうることから、運転免許証の有無を含め、記載情報を確認させていただくものです。
◆ 「運転免許証」のコピー（裏面は不要）を左側に添付してください。
◆ はがれない様に、ホチキス、セロハンテープ、のり等で2ヶ所ほど留めてください。

運転免許証のコピーをご提出いただけない場合は下欄に運転免許証の情報を転記願います。

◆ 交　付【☐ 平成・☐ 令和　年　月　日（　）】
◆ 有効期限【☐ 平成・☐ 令和　年　月　日まで有効】
◆ 免許の条件等
◆ 番　号【第　号】
◆ 二・小・原【☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和　年　月　日】
◆ 他　【☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和　年　月　日】
◆ 二　種【☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和　年　月　日】
◆ 種　類
☐ 大型・☐ 準中型・☐ 中型・☐ 普通・☐ 大特・☐ 大自二・
☐ 普自二・☐ 小特・☐ 原付・☐ け引・☐ 大二・☐ 中二・
☐ 普二・☐ 大特二・☐ け引二
※ 免許のあるものにチェック（✔）してください。

（保険第6号様式）R6.4

3 / 3

被害者氏名および加害者氏名は、交通事故証明書に記載されているもの（事故発生当時のもの）を記入してください。
（他の書類で「被害者名」等をご記入いただく場合も同様です。）
ひき逃げ事故の場合は、加害者氏名は記入不要です

国土交通大臣　殿

自動車損害賠償保障事業への損害の塡補請求書

1．請求理由および請求種別（該当する番号のいずれかに「○」を記載してください）

請求理由	1．ひき逃げ (2)．無保険	請求種別	1．傷害　(4) 傷害＋後遺障害 2．後遺障害　5．傷害＋死亡 3．死亡

2．交通事故証明書事故照会番号

※ 交通事故証明書の左上に記載されている「事故照会番号」を下欄に転記してください。

事故照会番号	○○　署　第　○○○○　号

3．被害者氏名

フリガナ	ホショウ　イチロウ	年令
氏名	保障　一郎	7才

4．加害者氏名

フリガナ	ヤマカワ　ウミコ
氏名	山川　海子

5．請求者住所・連絡先・氏名・被害者との関係

上記内容につきお支払い願いたく、関係書類を添えて請求いたします。

また、本件事故に関して、国土交通大臣が損害の塡補をするために必要な範囲で、請求者（代理請求の場合は被害者等請求権者本人を含みます）の各種情報（被害者については治療の内容・症状の程度を確認するための診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するための戸籍関連情報を含みます）を取得・利用することに同意します。

請求者 〒 000 － 0000　　○○ 年 ○ 月 ○ 日

フリガナ　トウキョウト マルマルク マルマルチョウ　○－○○－○

現住所　東京都○○区○○町○－○○－○

平日の日中に連絡可能な電話番号　090（ 0000 ）0000

フリガナ　ホショウ　ハナコ

氏名　保障　花子

被害者との関係　1．本人　(2)．法定代理人（親権者）　3．相続人　4．受任者

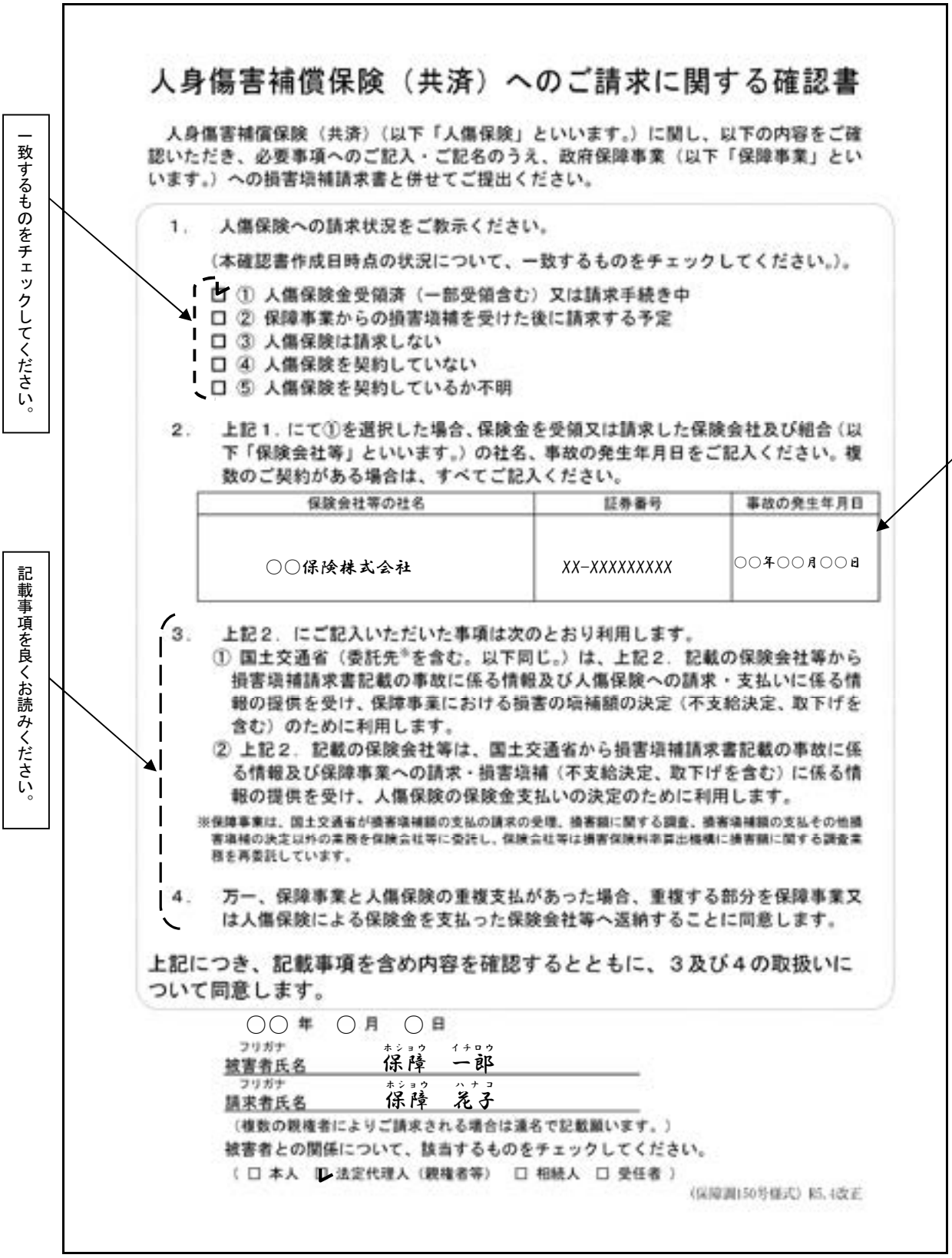
※ 被害者が請求時点で未成年で、複数の親権者によりご請求される場合は氏名欄を連名で記載願います。

◆ 保険会社等使用欄 ◆

保険会社等 受付店 整理番号	保険会社等受付印	機構受付印

（保障調1号様式）R6.4改正

５．請求者住所・連絡先・氏名・被害者との関係については、請求時点のものを記入してください。
（他の書類で「請求者名」等をご記入いただく場合も同様です。）
※被害者が請求時点での未成年の場合は、親権者、未成年後見人を通じてのご請求となります。
※ご請求を第三者に委任する場合は、委任状が必要です。
※請求者が法人の場合は、代表者名も必ず記入してください。
※被害者が事理を弁識する能力を欠く常況にある場合は成年後見人の方をご記入してください。



人身傷害補償保険（共済）へのご請求に関する確認書

人身傷害補償保険（共済）（以下「人傷保険」といいます。）に関し、以下の内容をご確認いただき、必要事項へのご記入・ご記名のうえ、政府保障事業（以下「保障事業」といいます。）への損害塡補請求書と併せてご提出ください。

1. 人傷保険への請求状況をご教示ください。

（本確認書作成日時点の状況について、一致するものをチェックしてください。）。

- ☑ ① 人傷保険金受領済（一部受領含む）又は請求手続き中
- ☐ ② 保障事業からの損害塡補を受けた後に請求する予定
- ☐ ③ 人傷保険は請求しない
- ☐ ④ 人傷保険を契約していない
- ☐ ⑤ 人傷保険を契約しているか不明

2. 上記１．にて①を選択した場合、保険金を受領又は請求した保険会社及び組合（以下「保険会社等」といいます。）の社名、事故の発生年月日をご記入ください。複数のご契約がある場合は、すべてご記入ください。

保険会社等の社名	証券番号	事故の発生年月日
○○保険株式会社	XX-XXXXXXXXX	○○年○○月○○日

3. 上記２．にご記入いただいた事項は次のとおり利用します。
   ① 国土交通省（委託先※を含む。以下同じ。）は、上記２．記載の保険会社等から損害塡補請求書記載の事故に係る情報及び人傷保険への請求・支払いに係る情報の提供を受け、保障事業における損害の塡補額の決定（不支給決定、取下げを含む）のために利用します。
   ② 上記２．記載の保険会社等は、国土交通省から損害塡補請求書記載の事故に係る情報及び保障事業への請求・損害塡補（不支給決定、取下げを含む）に係る情報の提供を受け、人傷保険の保険金支払いの決定のために利用します。

※保障事業は、国土交通省が損害塡補額の支払の請求の受理、損害額に関する調査、損害塡補額の支払その他損害塡補の決定以外の業務を保険会社等に委託し、保険会社等は損害保険料率算出機構に損害額に関する調査業務を再委託しています。

4. 万一、保障事業と人傷保険の重複支払があった場合、重複する部分を保障事業又は人傷保険による保険金を支払った保険会社等へ返納することに同意します。

上記につき、記載事項を含め内容を確認するとともに、３及び４の取扱いについて同意します。

○○ 年 ○ 月 ○ 日

フリガナ
被害者氏名 保障（ホショウ） 一郎（イチロウ）

フリガナ
請求者氏名 保障（ホショウ） 花子（ハナコ）

（複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。）

被害者との関係について、該当するものをチェックしてください。

（ ☐ 本人 ☑ 法定代理人（親権者等） ☐ 相続人 ☐ 受任者 ）

（保障課150号様式）R5.4改正

一致するものをチェックしてください。

記載事項を良くお読みください。

上記１．で①を選択した場合、すべてご記入ください。

加害者名が判明していたら記入してください。

被害者名を記入してください。

事故現場の現地調査を行いますので、場所と方向を特定できるよう、必ず目印や方角等を示して、車両の進行方向を必ず記入してください。
ひき逃げ事故の場合は、加害車両の逃走方向も記入してください。

ご存知の範囲で記入してください。

事故の状況が把握できるように、事故の形態（正面衝突、出合頭、追突等）、事故に至る経緯（安全確認の有無、減速・停止等）、その他参考になる事項を記載ください。

事故発生状況報告書（保障事業）

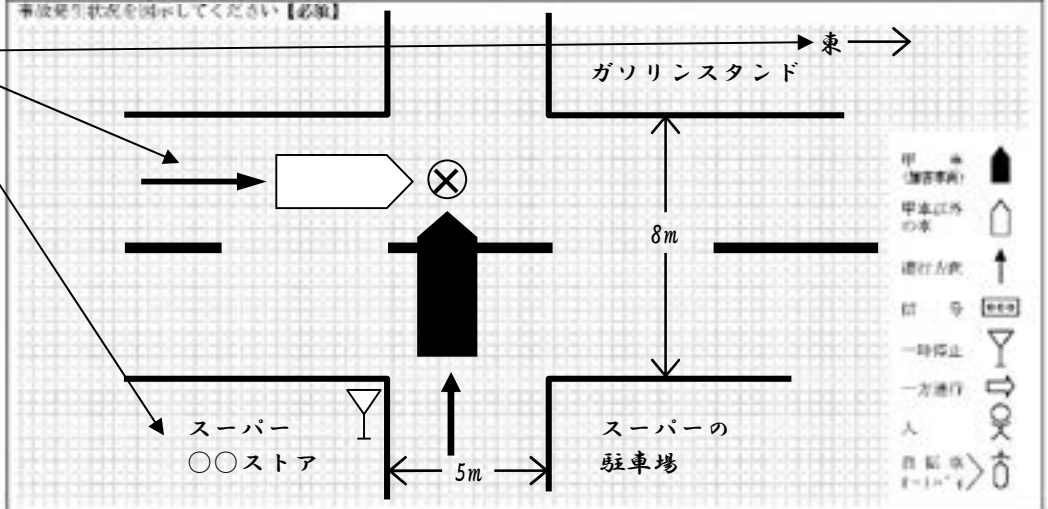
（注）
① （　　）の事項は具体的内容や、およびその数値を記載するか、または該当するものを○印で囲んでください。
② 甲欄には、甲車（加害車両）の運転者氏名を記入してください。ひき逃げ事故の場合は「不明」と記載してください。
③ 乙欄には、保障事業への請求の規格請求書に記載の"負傷または死亡された方の氏名"を記入してください。
④ 保障事業の支払手続上必要と認められる場合には、本用紙を事故の相手方等に送付することがあります。

甲	氏名	山川　海子	乙	氏名	保障　一郎

運転 ［調査（甲車、甲車以外の車）］ 歩行、その他（　　）

速度	甲車 不明 km/h（制限速度 30 km/h）	甲車以外の車 40 km/h（制限速度 50 km/h）	
天候	晴・曇り・小雨・雨・豪雨・霧・雪・豪雪	見通し	前方（良・不良）・右方（良・不良）・左方（良・不良）
工事障害物	あり（　　）・なし	路面	乾燥・湿潤・水たまり・凍結・積雪（約　　cm）
交通量	（車）多い・普通・少ない （人）多い・普通・少ない	事故当時の現場状況と現在の現場状況の相違点の有無について該当するものに○を付けてください。 ア．あり（　　）※相違点を具体的に記載 イ．なし　・ウ．不明	
信号または標識	信号（有・無）・一時停止標識（有・無）・その他の標識（　　）		

事故発生状況を図示してください【必須】



上記図の説明を書いてください【必須】

甲車側に一時停止標識があったが、甲車は減速しただけで十分な安全確認をせずに交差点に直進進入したため、左方から直進の乙車と交差点内で出合頭衝突し、乙車運転の保障一郎が負傷した。

上記事故に関する警察の現場検証についてご回答ください。

1．警察の現場検証はありましたか。以下のうち一つだけ選んで○を付けてください。

ア．あり　　イ．なし　　ウ．不明

2．警察の現場検証があった場合に以下の内容についてご記入ください。

① 現場検証の日時 …　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃

② 立ち会った人の氏名 …（複数可）

③ 担当警察官氏名 …（複数可）

別紙交通事故説明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

○○年 ○○月 ○○日

報告者　甲との関係（　　）　乙との関係（親権者）　氏名　保障　花子

（保障統7号様式）R5.4改正

交通事故証明書記載の事故日を記入してください。

同　意　書

（政府の自動車損害賠償保障事業）

令和 1 年 5 月 11 日発生の交通事故による政府の自動車損害賠償保障事業への請求に関する損害調査のため、国土交通省から業務委託された保険会社等から、損害調査業務の委託を受けた損害保険料率算出機構（保障事業部）の職員が必要な範囲で被害者の各種情報（医療情報、給付情報、資格情報等）を取得、利用することに同意します。

同意した日付を記入してください。

○○ 年 8 月 31 日

同意者

・被害者本人の住所、氏名、連絡先番号を記載し押印願います。委任を受けた請求者（弁護士など）が同意者になることはできません。
・ただし、被害者が未成年者等の場合、その法定代理人（親権者）等の住所、氏名、連絡先を記載し押印願います。

住　所　東京都○○区○○町○-○○－○

氏　名（フリガナ）　保障（ホショウ）　花子（ハナコ）　㊞

（複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載し、各々押印願います。）

連絡先電話番号　×××-×××－××××

被害者との関係　：　本人　・　（親権者）　・　その他（　　）

同意者が被害者本人ではない場合の理由

次の被害者は 未成年 により、本人に代わって私が同意します。

被害者の住所　東京都○○区○○町○-○○－○

被害者の氏名（フリガナ）　保障（ホショウ）　一郎（イチロウ）

損害保険料率算出機構

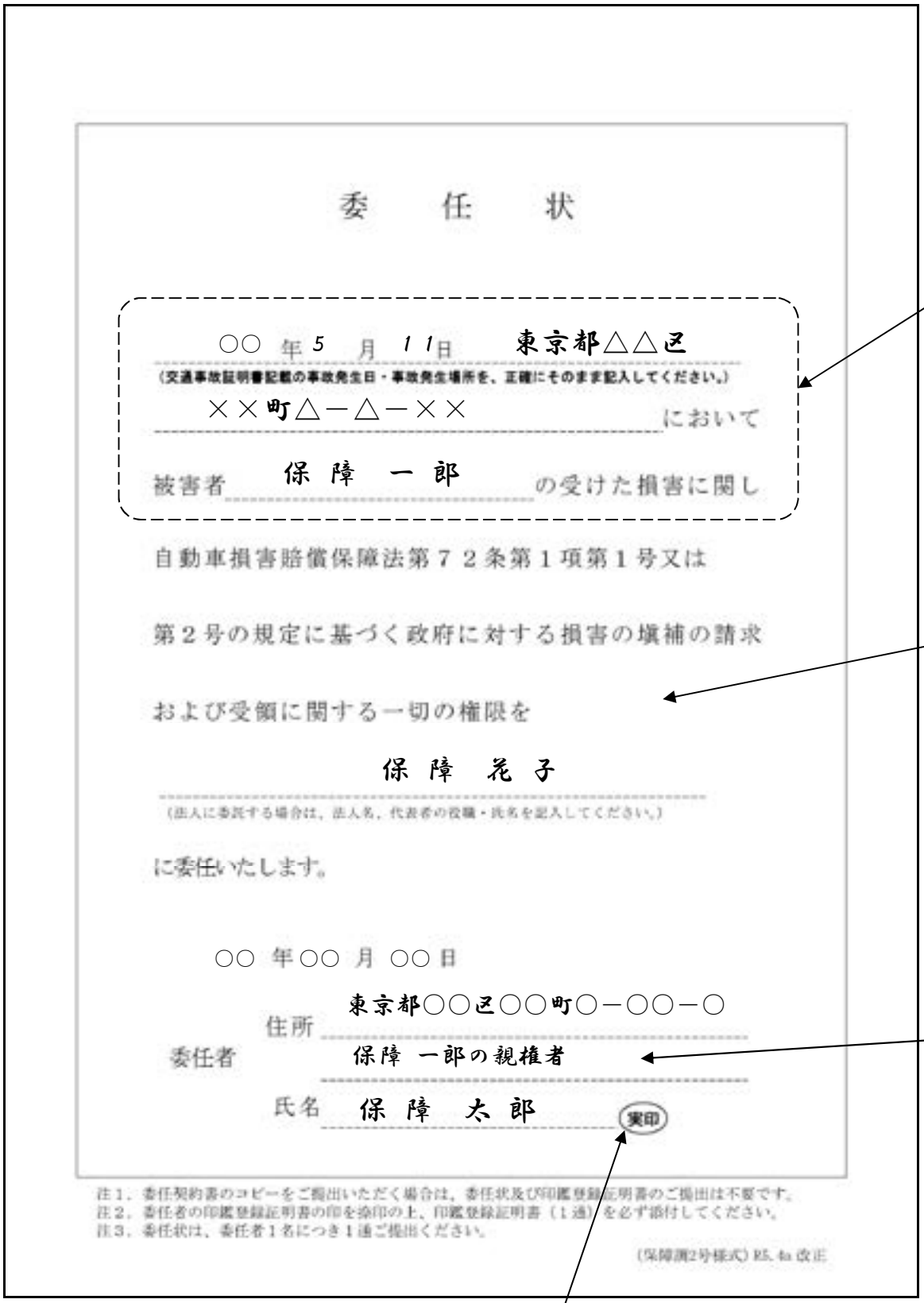
（保障課131号様式）R6.4改正

同意者が被害者本人ではない場合の理由（未成年、意思表示能力欠落等（例：認知症））と被害者の住所、氏名を記入してください。

被害者本人がご自身の住所・氏名・連絡先電話番号を記入し、捺印してください。ただし、被害者が未成年の場合は親権者、被害者が事理を弁識する能力を欠く常況にある場合は成年後見人が記入し、被害者との関係を記入してください。また、捺印は認印でも可能ですが、スタンプ式印鑑は不可です。

（例１）被害者が未成年者で、親権者の一方から他方親権者に請求を委任する場合

ここでは、以下の関係の例を示しています。
保障一郎（被害者・未成年）、保障花子（一郎の母親・請求者）、保障太郎（一郎の父親・委任者）



委　任　状

○○ 年 5 月 11日　東京都△△区
（交通事故証明書記載の事故発生日・事故発生場所を、正確にそのまま記入してください。）
××町△－△－××　において
被害者　保 障　一 郎　の受けた損害に関し
自動車損害賠償保障法第７２条第１項第１号又は
第２号の規定に基づく政府に対する損害の塡補の請求
および受領に関する一切の権限を
保 障　花 子
（法人に委託する場合は、法人名、代表者の役職・氏名を記入してください。）
に委任いたします。

○○ 年○○ 月 ○○ 日
住所　東京都○○区○○町○－○○－○
委任者　保障 一郎の親権者
氏名　保 障　太 郎　実印

注１．委任契約書のコピーをご提出いただく場合は、委任状及び印鑑登録証明書のご提出は不要です。
注２．委任者の印鑑登録証明書の印を捺印の上、印鑑登録証明書（１通）を必ず添付してください。
注３．委任状は、委任者１名につき１通ご提出ください。
（保障則2号様式）R5. 4a 改正

事故発生日、事故発生場所、被害者名を交通事故証明書に記載されているとおりに記入してください。

請求を委任する相手の氏名（塡補請求書に記載された請求者名）を記入してください。

被害者との関係も付記してください。

委任者の印鑑登録証明書の印（実印）を押印願います。
※この委任状に記入した内容を訂正する場合の訂正印は、同じ印を使用してください。

（例２）被害者（死亡事故の場合は法定相続人等）から弁護士等へ請求を委任する場合
※被害者が請求者となる場合は、委任状は不要です。

委　任　状

○○年 7 月 1 日　神奈川県横浜市
（交通事故証明書記載の事故発生日・事故発生場所を、正確にそのまま記入してください。）
○○区××町▲－▲－▲　において

被害者　損保　三郎　の受けた損害に関し

自動車損害賠償保障法第７２条第１項第１号又は

第２号の規定に基づく政府に対する損害の塡補の請求

および受領に関する一切の権限を

弁護士　機構　次郎
（法人に委託する場合は、法人名、代表者の役職・氏名を記入してください。）

に委任いたします。

○○年　○○月　○○日

住所　神奈川県横浜市○○区××町○－○

委任者

氏名　損保　三郎　実印

注１．委任契約書のコピーをご提出いただく場合は、委任状及び印鑑登録証明書のご提出は不要です。
注２．委任者の印鑑登録証明書の印を捺印の上、印鑑登録証明書（１通）を必ず添付してください。
注３．委任状は、委任者１名につき１通ご提出ください。

（保障課2号様式）R5.4a 改正

事故発生日、事故発生場所、被害者名を交通事故証明書に記載されているとおりに記入してください。

請求を委任する相手の氏名（塡補請求書に記載された請求者名）を記入してください。

委任者の印鑑登録証明書の印（実印）を押印願います。
※この委任状に記入した内容を訂正する場合の訂正印は、同じ印を使用してください。

おもて

通院交通費明細書

○○年○○月○○日

被害者氏名　保障　一郎

請求者氏名　保障　花子

（複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。）

1．通院（入・退院を含みます。）に要した費用についてご記入ください。

入退院日・通院日	日数・回数	医療機関名	交通手段※1・路線名	乗車区間（駅名、バス停名）※2	運賃※3	
（事故日）5/11	（往路）	△△記念病院	救急車	事故現場 ～ 病院	駐 IC	
	（復路）		タクシー	病院 ～ 自宅	駐 IC	1,200円
5/12	1日（往復）	〃	JR○○線	××駅前 ⇔ △△記念病院前	駐 IC	160円×2
〃	〃		○○市営バス	○○ ⇔ ××	駐 IC	210円×2
5/15	1日（往復）	○○診療所	徒歩	自宅 ⇔ 病院	駐 IC	
5/16～5/28	6日（往復）	○○整形外科	△△急行バス	○○2丁目 ⇔ ××大橋	駐 IC	210円×2×6
					駐 IC	
					駐 IC	
					駐 IC	
					駐 IC	

※1　公共交通機関のほか、自家用車の利用やご親族・知人などの車での送迎もご記入ください。その際、礼金などがあれば次の行にご記入ください。タクシー利用の場合および前記礼金などを支払った場合は領収書を添付してください。また、救急車で搬送された場合や徒歩・自転車で通院されたなどで費用が生じていないときも、その旨をご記入ください。

※2　ご利用区間の詳細（乗り換えがある場合は、鉄道・バス会社名および乗降駅名、バス停名）をご記入ください。

※3　「運賃」…ガソリン代などの燃料費の場合は、記入不要です。地方自治体や交通機関等による割引を受けている方（シルバーパス・身障者割引など）は、割引後の運賃をご記入ください。
「現金」「IC」…鉄道、バスなどをご利用の場合は、その際のお支払い方法に○を付けてください。

※4　記入しきれない事柄がある場合は、裏面の「3．その他」に内容を詳しくご記入ください。

【記入例】

（事故日）4/10	（往路）	○○総合病院	救急車	事故現場～病院	駐 IC	
	（復路）		息子の車で帰宅	病院～自宅	駐 IC	
4/11～4/30	6日（往復）	△△整形外科	JR山手線	駅名：渋谷 ～ 新宿	駐 IC	154円
〃	〃	〃	都営バス	バス停名：新宿駅西口 ～ 都庁前	駐 IC	170円

裏面にも質問事項がありますので、必ずご確認ください。

1/2

（保障調14号様式）　R4.4改正

同じ経路で複数回通っている場合、適宜まとめて記入してください。

注意書きを良くお読みください。

確認漏れのないよう、注意してください。

うら

2．通勤・通学をされている方へのご質問　※通勤・通学をされていない方は、ご回答は不要です。

（1）通勤・通学先をご記入ください。（治療期間中）

［勤務先（通学先）の名称］

●●商事株式会社

［所在地］

東京都△△区△△△町△－△△－△

（2）定期券をお持ちの場合は、ご記入ください。

［区間］

［期間］

（3）通勤先から支給されている通勤手当（定期券を除く）について、ご記入ください。

○通勤手当の支給　（有）　無

※“有”に○を付けられたときは、下記に具体的にご記入ください。

（回数券、ガソリン代などの燃料費、出勤日などに限定して支給されているなどの状況がありましたら、出来る限り詳細を教えてください。）

例1　自家用車で通勤しているため、毎月、ガソリン代が10,000円支給されます。
（休みの有無に関わりなく、定額です。）

例2　自家用車で通勤しているため、出勤回数に応じてガソリン代が支給されます。
（出勤1回ごとに500円。）

3．その他

※書ききれないときは、他の用紙にご作成いただき、別紙として添付してください。

以　上

2/2

（保障課14号様式）　84.4改正

事故の日から治療が終了するまでの状況について記入してください。
なお、途中で勤務先が変わられた等、時期によって異なる場合は、時期ごとに分けて記入してください。

この書類は、雇用主（勤務先の会社）に記入・証明してもらってください。

源泉徴収票等の資料を必ず添付してください。なお、源泉徴収票は、
事故の前年のものが必要ですので、ご注意ください。

前年分源泉徴収票をここに貼ってください。

［源泉徴収を実施している事業所は、事故の前年の源泉徴収票を添付してください。
源泉徴収票が用意できない場合は、賃金台帳写し・雇用契約書・所得証明書をご提出ください。］

休 業 損 害 証 明 書

（下記の必要箇所に記入または該当箇所に○印を付してください。）

給与所得者（パート・アルバイト含む。）

職種 役職	営業担当職員	氏名	保障　一郎	採用日	▲▲　年4　月1　日

1．　上記の者は自動車事故により　○○年　5　月　11　日　から　○○年　5　月　26　日　までの期間
仕事を休んだ（遅刻・早退した日を含む。）。

2．　上記期間の内訳は、
欠　勤　6　日　　年次有給休暇(注)　1　日　　時間有給休暇(注)　1　回（　3　時間）
遅　刻　2　回（　2　時間）　　早　退　3　回（　6　時間）
(注)労働基準法第39条に定める使途を限定しない年次有給休暇であって、必要に応じて自由な時期に取得できる休暇を示します。半日有給休暇の場合は、「年次有給休暇」欄に0.5日単位に合計日数を記入してください。また、「時間有給休暇」欄は、括弧内の回数および合計時間を記入してください。

3．　上記について休んだ日は下表のとおり

○○年 5 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	⑪	⑫	⑬	×	×	⑯	⑰	⑱	◎	▼	×	×	▽	△	▽	▽	27	28	29	30	31
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
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

(注) 休んだ日に次の記号(欠勤=○、年次有給休暇=◎、遅刻=△、早退=▽、半日欠勤=○、半日有給休暇=▲、時間有給休暇=▼、使途を限定した休暇（慶弔・忌引等）=◆、勤務先の所定休暇=＝)を記入してください。

4．　上記休んだ期間の給与は、
ア．全額支給した。　　　㋑全額支給しなかった。
ウ．一部（　支給　・　減給　）した。その額は、＿＿＿＿円
内訳｛本　給は＿＿月＿＿日から＿＿月＿＿日分まで＿＿＿＿円
付加給は＿＿月＿＿日から＿＿月＿＿日分まで＿＿＿＿円
(注) 支給または減給に○印付し、その額および計算根拠(式)を記入してください。

<計算根拠（式）記入欄>
有給休暇分のみ支給した。

事故による欠勤等のため給与に変動があった場合は、実際の支給・減給額の計算式を記入してください。

5．　事故前3か月間に支給した月例給与（賞与は除く。）は下表のとおり

	稼働日数	支給金額 本給	支給金額 付加給	社会保険料	所得税	差引支給額
○○年 2 月分	19	284,232	25,711	37,905	7,030	265,008
○○年 3 月分	22	284,232	25,711	37,905	7,030	265,008
○○年 4 月分	22	302,848	29,199	40,299	7,870	283,789
計	63	871,312	80,621	116,198	21,930	813,805

(注) ①　給与の毎月の締切日　：　末　日
②　所定勤務時間　：＿＿時＿＿分～＿＿時＿＿分（一日実働＿＿時間＿＿分 ／ 週＿＿日勤務）
③　給与計算基礎　：　月給、日給＿＿＿＿円、　時給＿＿＿＿円

6．社会保険（労災保険、健康保険等で、公務員共済組合を含む。）から傷病手当金・休業補償費の給付を
ア．受けた（名称および電話番号は下表のとおり）　　イ．手続中　　㋒　手続きしていない

名　称		電　話	（　　）

7．標準報酬月額について傷病手当金受給要件に（（該当しない）／　該当する（下記に記入してください）　）
事故当時直前の12か月において、適用されていた等級および標準報酬月額について以下に記載願います。
※　定時改定や随時改定があり、適用されていた等級および標準報酬月額が複数ある場合は全て記載願います。
等級＿＿等級　　標準報酬月額＿＿＿＿円　　対象期間＿＿月～＿＿月
等級＿＿等級　　標準報酬月額＿＿＿＿円　　対象期間＿＿月～＿＿月

上記のとおりであることを証明します。

○○年△△月△△日

所　在　地　東京都△△区△△△町△－△△－△　　電　　話　03（△△△△）△△△△
商号または名称　●●商事株式会社　　担当者名　乙山　和男（人事課）
代表者氏名　代表取締役　甲野　次郎　　印　　担当者連絡先　03（△△△△）△△△△　内線▲▲▲

職印がありましたら、職印を押印してください。

（保障課10号様式）R3.1改正

【自営業者、自由業者の場合】
・この「休業損害証明書」は用いません。税務署受付印のある事故前年の「確定申告書（控）」等、事故前年の所得を証明する書類を提出してください。また、白色申告の場合は「収支内訳書」、青色申告の場合は「所得税青色申告決算書」の写も添付願います。
・上記の書類が提出いただけない場合は、同業の組合・協会など所属団体が発行した「職業証明書」および税務署が発行した「所得証明書」を添付してください。

Memo

Memo