**特別加入者（中小事業主等）の休業状況報告書**

**特別加入者の休業(補償)給付の支給事由については、「所得喪失の有無にかかわらず、療養のため『業務遂行性が認められる範囲の業務又は作業について』全部労働不能であること」が支給要件となっています。**

**「全部労働不能」とは業務遂行性が認められる範囲の業務又は作業のすべてに従事できない状態のみを指すものであって、業務遂行性が認められる範囲の業務又は作業の一部でも従事できる状態であれば全部労働不能に当たらないこととなります。**

1. 請求する休業期間及び日数

平成・令和　　　年　　月　　日から平成・令和　　　年　　月　　日までの　　日間のうち　　　日間

1. 上記期間の休業の状況（該当項目に○印を付し、期間・日数等を記入してください。）

　Ａ．入院期間中で、就労及び作業指示並びに業務指示、商談等全く不能であった。

平成・令和　　　年　　月　　日から平成・令和　　　年　　月　　日までの　　日間のうち　　　日間

　Ｂ．入院と同じ状態で家庭にて就床し、就労及び作業指示並びに業務指示、商談等、全く不能であった。

平成・令和　　　年　　月　　日から平成・令和　　　年　　月　　日までの　　日間のうち　　　日間

　Ｃ．通院治療したが、症状が重く、下記のため、就労及び作業指示並びに業務指示、商談等、全く不能であった。

平成・令和　　　年　　月　　日から平成・令和　　　年　　月　　日までの　　日間のうち　　　日間

【 理　由 】

　Ｄ．通院治療中で、事業場又は工事現場等での就労や作業指示等はできなかったが、事業主

として営業活動（業務指示、集金、見積、商談等）の一部を行っていた。

平成・令和　　　年　　月　　日から平成・令和　　　年　　月　　日までの　　日間のうち　　　日間

令和　　年　　月　　日

請求人（特別加入者）

　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

（注）この書類は、休業（補償）給付支給請求書（８号又は１６号の６）に添付してください。