

第10号様式

傷病手当に相当する退職手当支給申請書

申請者	①氏名		②性別	男・女	③生年 月日	昭和・平成	年	月	日
診療 担当 者の 証明	④傷病の名称及びその程度								
	⑤初診年月日	平成	年	月	日				
	⑥傷病の経過	平成	年	月	日	治ゆ、転医、中止、継続中			
	⑦傷病のため職業に就くことが できなかつたと認められる期間	平成	年	月	日から	日間			
	⑧上記のとおり証明します。 平成 年 月 日 診療機関の所在地及び名称 電話 () - 診療担当者氏名 (印)								
支給 申請 期間	⑨同一の傷病により受けること ができる給付	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	⑩⑨の給付を受けることができ る期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
⑪傷病手当に相当する退職手当 の受けようとする期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	
<p>失業者の退職手当の支給について失業者の退職手当支給要綱第11条の規定により上記のとおり傷病手当に相当する退職手当の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>様</p> <p>氏名 (印)</p>									
※ 処理欄	支給期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間								

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この申請書には、受給資格証を添えること。
- 2 ⑨欄は、⑦欄の期間のうち、同一の傷病により受けることができる給付について、次の区分に従って該当するものの番号（2以上の給付を受けることができる場合には、その受けることができるすべての給付の番号）を○で囲むこと。
 - (1) 健康保険法による傷病手当金
 - (2) 労働基準法による休業補償又は労働者災害補償保険法による休業補償給付若しくは休業給付
 - (3) 船員法による傷病手当
 - (4) 地方公務員災害補償法又は国家公務員災害補償法による休業補償その他法令により地方公務員等に対して支給されるこれに相当する給付
 - (5) 地方公務員等共済組合法その他各種の共済組合法による傷病手当金
 - (6) 国民健康保険法による傷病手当金
 - (7) 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律による休業給付その他法令により公務の遂行に協力した者に対して支給されるこれに相当する給付
 - (8) 公害健康被害の補償等に関する法律による障害補償費
- 3 ⑩欄には、⑦欄の期間のうち、⑨欄の給付を受けることができる期間を記載すること。なお、⑨欄で2以上の番号を○で囲んだ場合は、その給付を受けることができる期間を、それぞれの番号の順に記載すること。
- 4 ※印欄には、記載しないこと。