

傷病手当支給申請書

| | |
|---|--|
| ※ 帳票種別 12209 | |
| 1. 支給番号 □□ - □□□□□□□□ | 2. 未支給区分 □ (空欄 未支給以外) 1 未支給 |
| 3. 支給期間(初日) (末日) □□ - □□□□□□□□□□ (4 平成) (5 令和) 元号 年 月 日 年 月 日 | 4. 傷病日数 □□□□ 5. 特例日額不支給日数 □□□□ |
| 6. 内職(労働日数-収入額) □□□□□□□□□□ □ 円 | 7. 公害補償手当減額分 □□□□□□□□□□ □□ □ 傷病手当不支給日数 □□□□ □□ □ 円 |

| | | | | | | |
|--|--|---|------------|----------|----------------------|------------|
| 申請者 | 1 氏名 | 2 性別 | 男・女 | 3 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 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 | 令和 年 月 日 | 6 傷病の経過 | 令和 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ったと認められる期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| | 8 上記のとおり証明する。令和 年 月 日 (電話番号) 診療機関の所在地及び名称 診療担当者氏名 | | | | | |
| 支給 申 請 期 間 | 9 同一の傷病により受けることのできる給付 | 第2面の注意の3の中から選んでその番号を○で囲んでください。(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) | | | | |
| | 10 9の給付を受けることのできる期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| | 11 傷病手当の支給を受けようとする期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| 12 内職若しくは手伝いをした日、又は収入のあった日、その額等を記入してください。 | 内職又は手伝いをした日 | 収入のあった日 | 月 日 | 収入額 | 円 | 何日分の収入か 日分 |
| | | 月/日 | 月/日 | 月/日 | 収入のあった日 | 収入のあった日 |
| | | | | | 収入のあった日 | 収入のあった日 |
| 雇用保険法施行規則第63条第2項の規定により上記のとおり傷病手当の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 公共職業安定所長 地方運輸局長 殿 支給番号() | | | | | | |
| ※ 処理欄 | 支給期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|---|-----|
| ※ | 所属長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 | 操作者 |
|---|-----|----|----|----|---|-----|