

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									
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> (空欄 未支給以外) 1 未支給									
3. 支給期間(初日)					4. 傷病日数					5. 特例日額不支給日数				
<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
元号					(4 平成)					(5 令和)				
年					月					日				
6. 内職(労働日数-収入額)					7. 公害補償手当減額分					傷病手当不支給日数				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
円					円					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つ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					
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	月/日	収入額	円	何日分の収入か	日分			
	日	日	日	日	収入額	円	何日分の収入か	日分			
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 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	
-----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--