

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

3. 支給期間(初日) (末日)

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)

7. 公害補償手当減額分

傷病手当不支給日数

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)									
	109の給付を受ける	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	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			
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	
-----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--