

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	年	月	日
	4 傷病の名称及びその程度							
診療担当者の証明	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	日間		
		令和	年	月	日まで			
8 上記のとおり証明する。	令和	年	月	日	診療機関の所在地及び名称 電話 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ができる給付	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) (8)
	10 9の給付を受けられる期間	令和	年	月	日から			
		令和	年	月	日まで	日間		
11 傷病手当に相当する退職手当の支給を受けようとする期間	令和	年	月	日から	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	月	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	収入のあった日	月	日	収入額	円 何日分の収入か 日分
		月	日	収入のあった日	月	日	収入額	円 何日分の収入か 日分
受給口座	金融機関名							
	支店名						種別	普通預金
	口座番号							
	口座名義 (カタカナ)							
規則第24条第1項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。								
令和 年 月 日								
秋田県市町村総合事務組合管理者 様								
※処理欄	支給期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間							

様式第17号（裏面）

注意事項

- 1 この申請書は、管理者に提出すること。
- 2 この申請書には、受給資格証を添えること。
- 3 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、複数事業労働者休業給付若しくは休業給付
  - (3) 船員法による傷病手当又は船員保険法による傷病手当金
  - (4) 国家公務員災害補償法又は地方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
- 4 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、それぞれその番号の順に記載すること。
- 5 12欄には、7欄の期間中において、内職若しくは手伝いをした場合又は内職若しくは手伝いによる収入を得た場合に記載すること。「内職若しくは手伝い」とは、雇用保険法第19条の「自己の労働によって収入を得た場合」のことをいい、どんな仕事であってもそれによって収入を得た場合、すなわち他人の仕事の手助けをして収入を得た場合などあなたが働いたりした場合であって、「就職又は就労」とはいえない程度のものをいうものであること。
- 6 ※印欄には、記載しないこと。