様式第11号（第13条関係）

（表）

傷病手当に相当する退職手当支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受給資格認定書番号 |  |
| 申請者 | ①氏名 |  | ②性別 | 男・女 | ③生年月日 | 　　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 | 　　　　年　　月　　日　 |
| ⑥傷病の経過 | 　　　年　月　日 | 治癒、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 | 　　　年　 月　 日から　　　年　 月　 日まで | の　　日間 |
| ⑧上記のとおり証明する。　　　　　　年　　月　　日診療機関の所在地及び名称　　　　　　　　　　電話番号　　（　　）　　　　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)(９) |
| ⑩ | ⑩の給付を受けることができる期間 | 　　年　月　日から　年　月　日までの　日間 |
| 　　年　月　日から　年　月　日までの　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 | 　　年　月　日から　年　月　日までの　日間 |
| 傷病手当に相当する退職手当を支給されるよう、丸亀市失業者の退職手当の支給に関する規則第13条第１項の規定により上記のとおり申請します。　　　　年　　月　　日（任命権者）　　　　　　　　様申請者　氏名　　　　　　　　　　 |
| ※処理欄 | 支給期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までの　　日間 |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

（裏）

添付書類

受給資格認定書

（注）

１　⑨欄は、⑦欄の期間のうち、同一の傷病により受付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国家公務員等に対して支給されるこれに相当する給付

(５)　国家公務員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

２　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。

３　※印欄には、記載しないこと。