

傷病手当支給申請書

① 振替種別 10209	① 安定所番号 □ □ □ □ □
② 支給番号 □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □	③ 未支給区分 □ (空欄 未支給以外) 1 未支給
④ 支給期間(初日) (末日) □ 年 □ 月 □ 日 - □ 年 □ 月 □ 日	⑤ 傷病日数 □ □ □
⑦ 内職(労働日数-収入額) □ □ □ - □ 月 □ 日 万 千 百 十 円	⑧ 公費補償手当減額分 傷病手当不支給日数 □ 万 □ 千 □ 百 □ 十 □ 円 - □ □ □
⑥ 特例日額不支給日数 □ □ □	

申請者 氏名	海野 光治		性別	男・女	3 生年月日	明治 大正 00 年 11 月 12 日 昭和
4 傷病の名称及びその程度	左足首捻挫 (全治1ヶ月程度)					
5 初診年月日	平成 00 年 9 月 10 日	6 傷病の経過	平成 00 年 9 月 30 日 治癒・転医 中止・継続中			
7 傷病のための職業に就くことができなかったと認められる期間	平成 00 年 9 月 10 日から 平成 00 年 9 月 30 日まで 20 日間					
8 上記のとおり証明する。	平成 00 年 10 月 5 日 (電話 0572-23-2593)					
	診療機関の所在地及び名称 多治見市豊丘 1-77					
	診療担当者氏名 山口医院 山口良伸 (山口)					
9 同一の傷病により受けることのできる給付	裏面の注の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	平成 年 月 日 から 平成 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	平成 00 年 9 月 10 日 から 平成 00 年 9 月 30 日 まで 20 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、その他等を記入してください。	内職又は手伝いをした日 月 / 日 / 日 / 日 / 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。 平成 00 年 10 月 10 日						
松戸 公共職業安定所長殿			申請者氏名 海野 光治		支給番号 (336451)	
* 処理欄	支給期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間					
備考						

* 所長		次長		課長		係長		係		操作者	
------	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--