

傷病手当に相当する退職手当支給申請書

				受給資格証番号			
申請者	①氏名		②性別	男・女	③生年月日	昭和 平成	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		治ゆ、転医、中止、 治療中	
	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		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 — — 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)			
	⑩⑨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		日間	
				年 月 日から 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			年 月 日から 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 月 月 月 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 収入のあった日 月 日 収入額 円 何日分の収入か 日分 収入のあった日 月 日 収入額 円 何日分の収入か 日分			
退職手当条例施行規則第25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。 年 月 日 申請者氏名 ㊟ 青森県市町村職員退職手当組合長 殿							
※処 理 欄		支給期間		年 月 日から		年 月 日まで 日間	

様式第 18 号（裏面）

- 1 この申請書には、受給資格証を添えること。
- 2 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。
 - ・ 健康保険法による傷病手当金
 - ・ 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) 船員法による傷病手当
 - (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
 - (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
- 3 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。
- 4 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。
- 5 ※印欄には、記載しないこと。