

様式第 17 号

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	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、転移、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		日間	
	⑧ 上記のとおり証明する。 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 ることができる給付		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)			
	⑩ ⑨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			
	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	
神奈川県市町村職員退職手当組合退職手当支給条例施行規則第 23 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 神奈川県市町村職員退職手当組合長 殿 申請者氏名 ㊟						
※ 処 理 欄	支給期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間					

様式 17 号（裏面）

- 1 この申請書は、組合長に提出すること。
- 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) 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
 - (4) 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
 - (5) 国民健康保険法による傷病手当金
 - (6) 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
 - (7) 公害健康被害の補償等に関する法律による傷害補償費
- 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」とは言えない程度のものであること。
- 6 ⑬欄の下の申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 7 ※印欄には、記載しないこと。