別記様式第９（第14条関係）（表面）

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	平成　　年　　月　　日				
	⑥　　傷病の経過	平成　　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	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで				日間
	⑧　上記のとおり証明する。 平成　　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　　印					
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の給付を受けることができる期間	平成　年　月　日　から平成　年　月　日まで　日間				
		平成　年　月　日　から平成　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	平成　年　月　日　から平成　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つた日、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	収入のあつた日　月　日　収入額　円　何日分の収入か　日分 収入のあつた日　月　日　収入額　円　何日分の収入か　日分 収入のあつた日　月　日　収入額　円　何日分の収入か　日分

失業者の退職手当支給規則第14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。

平成　年　月　日

申請者氏名　　印

公共職業安定所長　殿

※処理欄	支給期間　平成　年　月　日から平成　年　月　日まで　日間									
	所長		次長		課長		係長		係	

（日本工業規格Ａ列４）