

傷病手当に相当する退職手当に関する支給事由届出書							
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	台帳番号	
診療担当者の証明	傷病の名称及びその程度						
	初 診	年 月 日	年 月 日				
	傷 病 の 経 過			年 月 日 治癒、転医、中止、継続中			
	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	}	日間	
				年 月 日まで			
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	同一の傷病により受けることができる他の給付						
	上記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	
	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	
内職又は手伝いをした日等	内職又は手伝いをした日			収入のあった日	収入額	何日分の収入か	
	月 日			月 日	円	日分	
	月 日			月 日	円	日分	
	月 日			月 日	円	日分	
失業者の退職手当に関する規則第5条の規定により上記のとおり届出ます。 年 月 日 長野県市町村総合事務組合管理者 様 氏 名 ㊞							
備考							

(注) 同一の傷病により受けることができる他の給付とは、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、労働者災害補償保険法による休業補償給付その他法令によるこれらに相当する給付をいう。