

傷病特別支給金 申請書
傷病特別給付金

(実施機関の職氏名) 次の傷病特別支給金・傷病特別給付金を申請します。		申請年月日 年 月 日	
		申請者の住所 氏名 ㊞	
1 (所属部局)			
2 (氏名) 年 月 日生(歳)		3 (職種)	
4 障害の等級	第 級 号		
5 傷病特別支給金申請金額	円		
6 傷病特別給付金申請金額の計算	(補償基礎額) (A) 円 × $\frac{20}{100}$ = 円		
	(B) 1、500、000円 × $\frac{365}{365}$ = 円		
	(補償基礎額) ((傷病)補償年金の金額) (C) 円 × 365 × $\frac{80}{100}$ - = 円		
7 傷病特別給付金申請金額	円		

8 送金希望の場合	振込先 金融機関名		銀行 支店		受 理	年 月 日
	預金科目		普通預金 当座預金		決 定	年 月 日
	口座番号				特別支給金 決定金額	円
	口名義 座人	住 所			特別給付金 決定金額	円
		氏 名			支給開始 年 月	年 月

(注意)

- 1 請求(申請)者は、 印の欄には記入しないでください。また、該当する にレ印を記入してください。
- 2 「7 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「6 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額((A)の金額が(B)の金額を超える場合には(B)の金額とし、(A)又は(B)の金額が(C)の金額に満たない場合には(C)の金額)を記入してください。
- 3 署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

(A4)