

申請年月日 令和 年 月 日

| 受付年月日 | 支払年月日 |
|-------|-------|
|       |       |

|                                                                               |                                             |                                               |                                                              |                                         |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ⑦ 被保険者等<br>記号・番号                                                              | -                                           | 被保険者<br>① (申請者)<br>氏名・印                       |                                                              | ⑧ 生年<br>月日                              | 昭和 平成 令和<br><br>年 月 日                               |
| 被保険者<br>⑩ (申請者)<br>住所・TEL                                                     | 〒<br><br>Tel                                | 事業所名称<br>所在地<br>勤務地<br>【部署名】                  | 虹技 株式会社<br>姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地<br>本社 姫路715 東京 北陸 名古屋 北九州<br>【 】 |                                         |                                                     |
| ⑪ 資格取得<br>年月日                                                                 | 昭和 平成 令和<br><br>年 月 日                       | 退職後の請求<br>である場合は<br>資格喪失年月日                   | 令和<br><br>年 月 日                                              | ⑫ あなたの仕事の<br>内容(具体的に)<br>(退職後は退職前の仕事内容) | (例：経理担当・事務 鋳物現場作業など)                                |
| ⑬ 傷病名                                                                         |                                             | 発病<br>または<br>負傷<br>年月日                        | 令和<br><br>年 月 日                                              | 傷病・負傷<br>の原因につ<br>いて<br>(該当するも<br>のに○)  | けが⇒第三者行為によるものですか<br>1. (はい・いいえ)<br>2. 病気<br>(状況を記入) |
| ⑭療養のため休んだ期間（申請期間）                                                             | ⑮ ⑯の期間に報酬を受けましたか。または<br>今後、受けられますか。該当する番号に○ | ⑰で1.はいと答えた場合、その報酬額とその報酬<br>支払の基礎となった(なる)期間を記入 |                                                              |                                         |                                                     |
| 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで<br>日間                                                | 1. はい（ 受けた ・ 今後受ける ）<br>2. いいえ （ 受けない ）     | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで<br>日間<br>円           |                                                              |                                         |                                                     |
| ⑱「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給中または受給できますか。該当するものに○                                    |                                             |                                               |                                                              | 1. はい      2. 請求中      3. いいえ           |                                                     |
| 「1.はい」、「2.請求中」と答えた場合、その種類と要因<br>となった(なる)傷病名、および基礎年金番号等を記入                     |                                             | 種 類                                           | ・ 障害厚生年金      ・ 障害手当金                                        | 基礎年金番号                                  |                                                     |
| ※『受給中』の場合は、「年金証書㉔」「年金振込通知書㉕」<br>等を添付してください。『請求中』の場合は、傷病名、基礎年金<br>番号を記入してください。 |                                             | 傷 病 名                                         |                                                              | 年金コード                                   |                                                     |
|                                                                               |                                             | 支給開始<br>年月日                                   | 昭和 平成<br>令和 年 月 日                                            | 年 金 額                                   |                                                     |
| ㉙【健康保険の資格を喪失した方】老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。該当するものに○                           |                                             |                                               |                                                              | 1. はい      2. 請求中      3. いいえ           |                                                     |
| 「1.はい」、「2.請求中」と答えた場合、基礎年金番号等<br>を記入                                           |                                             | 基礎年金<br>番 号                                   |                                                              | 年金コード                                   |                                                     |
|                                                                               |                                             | 支給開始<br>年月日                                   | 昭和 平成<br>令和 年 月 日                                            | 年 金 額                                   |                                                     |
| ㉚ 介護保険サービスを受けたとき                                                              | 保険者<br>番 号                                  |                                               | 被保険者<br>番 号                                                  | 保険者<br>名 称                              |                                                     |
| 被保険者のマイナンバー記載欄（㉛被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です）                                       |                                             |                                               |                                                              |                                         |                                                     |

|                          |                                               |         |                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。（※1万円未満）     |         |                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。（※1万円以上） |         |                                                                                           |
| 銀行 ・ 信用金庫<br>農 協         | 本店・支店<br>出張所                                  | 普通 ・ 当座 | 口座<br>番号                                                                                  |
| 年      月      日          | 被保険者氏名・印                                      |         | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 印 |

|                        |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |    |        |             |                 |                         |              |          |                 |                                                               |  |                                  |          |             |   |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|--------|-------------|-----------------|-------------------------|--------------|----------|-----------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------|-------------|---|
| 支給決定額                  |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |    |        |             | 円               | 支給決定決定年月日               |              | 常務理事     |                 | 事務長                                                           |  | 係                                |          | 資格(取得・喪失)情報 |   |
|                        |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |    |        |             |                 | 令和                      | 年            | 月        | 日               |                                                               |  |                                  | 取得       | 昭和 平成 令和    | 年 |
| 傷病手当<br>支給期間           | 給付開始                            | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                          |             |    |        |             | 支給期間<br>(うち実日数) | 自                       | 令和 年 月 日 日間  |          |                 |                                                               |  | 喪失                               | 令和 年 月 日 |             |   |
|                        | 満了                              | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                          |             |    |        |             |                 | 至                       | 令和 年 月 日 ( ) |          |                 |                                                               |  |                                  | 年 月 日    |             |   |
| 支給開始日                  | 令和 年 月 日                        | 内<br>訳                                                                                                                                                                                                                                                            | 法定          | 日額 | 日数     | 給付額         | 付加              | 日額                      | 日数           | 給付額      | 合計              |                                                               |  |                                  |          |             |   |
|                        |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | 円  | 日      | 円           |                 | 円                       | 日            | 円        | 円               |                                                               |  |                                  |          |             |   |
| 支給開始日<br>以前の<br>期間と報酬  | <input type="checkbox"/> 12か月以上 | 自                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 円       |    | 自      | 年 月 円       |                 | 前年9/30時点準報酬月額を<br>平均した額 |              | 報酬<br>調整 | 1. 減額<br>2. 不支給 | *期間(年月日と日数)・金額(万円)                                            |  |                                  |          |             |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 12か月未満 | ⑦<br>至                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 円<br>か月 |    | ①<br>至 | 年 月 円<br>か月 |                 | ②<br>円                  |              |          |                 |                                                               |  |                                  |          |             |   |
| 支給金額<br>算出式<br>(H28.4) | 法定                              | 当該年度の前年9/30における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額                                                                                                                                                                                                                              |             |    |        |             |                 |                         |              |          |                 | 法廷日額                                                          |  | 法廷給付額                            |          |             |   |
|                        | 付加                              | $\left( \begin{array}{c} \text{⑦標準報酬月額期間} \\ \text{円} \times \text{か月} \end{array} + \begin{array}{c} \text{④標準報酬月額期間} \\ \text{円} \times \text{か月} \end{array} \right) \div 12 \text{か月} \div 30 \text{日} = \begin{array}{c} \text{日額A} \\ \text{円} \end{array}$ |             |    |        |             |                 |                         |              |          |                 | $(\text{日額A} \times 2/3) \times \text{日} = \text{円} \text{C}$ |  |                                  |          |             |   |
| 備考欄                    |                                 | $\begin{array}{c} \text{日額A} \\ \text{円} \end{array} \times 10/100 = \begin{array}{c} \text{B} \\ \text{円} \end{array}$                                                                                                                                           |             |    |        |             |                 |                         |              |          |                 | $\text{B} \times \text{日} = \text{円} \text{D}$                |  | $\text{C} + \text{D} = \text{円}$ |          |             |   |
|                        |                                 | ※1：標準報酬日額(5円未満:切捨、5円以上10円未満:切上)      ※2：※1の2/3相当額(50銭未満:切捨、50銭以上1円未満:切上)                                                                                                                                                                                          |             |    |        |             |                 |                         |              |          |                 |                                                               |  |                                  |          |             |   |

○『初回申請分』には、申請期間とその期間前 1 ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の（写）を添付してください。役員などで出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----|------------------------------|---|------------------------------|---|------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-------|----|---------------------|----|------|----|------------|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 事業主が証明するところ                               | 労務に服さなかった期間<br>(2回目以降は申請期間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 令和      年      月      日から      令和      年      月      日まで      日間 |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 勤 務 状 況    ( 出勤は○で、有給は△で、公休は●で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                | 2  | 3                            | 4 | 5                            | 6 | 7                            | 8 | 9                               | 10                                                          | 11 | 12    | 13 | 14                  | 15 | 16   | 17 | 18         | 19 | 20           | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 出勤 | 有給 | 欠勤 | 公休 |   |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  | 日  | 日 |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  | 日  | 日 |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 日  | 日  | 日  | 日 |
| 上記、労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |    | 給与の種類 |    | 月給 ・ 日給<br>月給 ・ 時間給 |    | 賃金計算 |    | 締 日<br>支払日 |    | 末日<br>翌月 15日 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| ●上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 支給した(する)賃金内訳                              | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to bottom right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;">支給期間</div> </div> |                                                                  | 単価 | 月      日<br>~      月      日分 |   | 月      日<br>~      月      日分 |   | 月      日<br>~      月      日分 |   | ●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |    | 支給額                          |   | 支給額                          |   | 支給額                          |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 基本給                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |    | 円                            |   | 円                            |   | 円                            |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 通勤手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |    | 円                            |   | 円                            |   | 円                            |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |    | 円                            |   | 円                            |   | 円                            |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |    | 円                            |   | 円                            |   | 円                            |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           | 手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |    | 円                            |   | 円                            |   | 円                            |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 計                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 円                                                                |    | 円                            |   | 円                            |   |                              |   |                                 |                                                             |    |       |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします。                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 | 令和      年      月      日                                     |    | 担当者氏名 |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 事業所所在地<br><br>事業所名称<br><br>事業主氏名          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |    |                              |   |                              |   |                              |   |                                 | ⑩                                                           |    | 電話    |    |                     |    |      |    |            |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-------|---------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|----------------|--|--|
| 療養担当者が意見を記入するところ                                                                                                                                                      | 患者氏名                                                                                                                             |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | 傷病名                                                                                                                              |  | 療養給付開始年月日(初診日)       |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和<br>年 月 日 |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | 発病または負傷の年月日                                                                                                                      |  | 令和 年 月 日 発病負傷        |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 発病または負傷の原因  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | 労務不能と認めた期間                                                                                                                       |  | 年 月 日から 年 月 日まで 日間   |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | うち入院期間                                                                                                                           |  | 年 月 日から 年 月 日まで 日間入院 |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 療養費用の別      |  | 健保 自費 公費( ) その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   | 転 帰 治療 繰越 中止 転医                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | 診療実日数<br>日                                                                                                                       |  | 診療日を<br>○で囲んでください。   | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       | ○上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)<br>.....<br>○症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見<br>.....<br>上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       | 手術年月日 |                                 | 令和 年 月 日 |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 退院年月日                 |       | 令和 年 月 日                        |          |                                                             |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき |       | 装着日                             |          |                                                             | 昭和 平成 令和 年 月 日 |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       | 人工臓器等の種類                        |          | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          | <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー                          |                |  |  |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       | <input type="checkbox"/> その他( ) |          |                                                             |                |  |  |
| 医療機関の所在地                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
| 医療機関の名称                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
| 医師の氏名                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |
| <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: right;">電話</div> |                                                                                                                                  |  |                      |   |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |       |                                 |          |                                                             |                |  |  |