

傷病手当金請求書② (第 回)

事業主が証明する欄	被保険者証の記号・番号		記号	番号	氏名														
	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで ()日間		給与支払状況について、いずれかに○をつけてください 1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 支給しない														
	就労状況 (欠勤は黒○・有給は赤○・会社休日は斜線/で表示)					給与支給状況 (給与の締切単位に記入)		給与締切日 日											
								給与支払日 日											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計算期日	支払基礎日数	基本給	諸手当			支給合計
	月		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				通勤手当	手当	手当	
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	円	円	円	円		
	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日から	日	円	円	円	円	円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	月 日まで						
	月		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月 日から	日	円	円	円	円
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	月 日まで	円	円					
特記事項					欠勤控除の有無			控除する場合はその計算方法											
					基本給	控除する・控除しない													
					通勤手当	控除する・控除しない													
					その他手当	控除する・控除しない													
この欄に記入したことは、事実に相違ないことを証明します。																			
事業所 所在地																			
年 月 日 名称																			
事業主 氏名																			
											記載者								

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険組合処理欄	支給額	円	支給日	年 月 日		常務理事	担当	確認	確認
	支給期間	年 月 日から		日間	支給開始日	年 月 日			
		年 月 日まで			支給満了日	年 月 日			
	不支給期間とその理由	年 月 日から		日間	前回始め	年 月 日		資格取得	年 月 日
		年 月 日まで			前回終了	年 月 日			
	()						標準報酬月額 千円		
支給額計算									
$\text{円} \times \frac{2}{3} \times \text{日間} = \text{円}$									
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: auto;"></div> 受付日付印									