

## 傷病手当金請求書② (第 回)

事業主が証明する欄	被保険者等 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		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														
		年 月 日まで ( ) 日間																
	<b>就労状況</b> (欠勤は黒○・有給は赤○・会社休日は斜線/で表示)				<b>給与支給状況</b> (給与の締切単位に記入)													
					給与締切日	日												
					給与支払日	日												
	月	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
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				通勤手当	手当	手当	
	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	円	円	円	円	円	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日から	日	円	円	円	円	
月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	月 日まで	日	円	円	円	円		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月 日から	日	円	円	円	円	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日まで	日	円	円	円	円		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	月 日まで	日	円	円	円	円		
月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	給与の種類		月給・日給月給・日給・その他( )				
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	事務長	担当	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 喪失	標準報酬月額	年 月 日	千円
		年 月 日まで		前回終了	年 月 日				
		( )							
支給額計算									
$\text{円} \times \frac{2}{3} \times \text{日間} = \text{円}$									