

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 <small>(欠勤は黒○・有給は赤○・会社休日は斜線/で表示)</small>						給与支給状況 <small>(給与の締切単位に記入)</small>						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		
	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日から	日	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	円	円	円	円	円		
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日から	日	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	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、事実と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						記載者印						印								

健康保険組合処理欄	支給額	円	支給日	年 月 日		常務理事	確認	確認	担当
	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	年 月 日	
		年 月 日まで		前回終了	年 月 日			年 月 日	
支給額計算		()		標準報酬月額		千円			
$\text{円} \times \frac{2}{3} \times \text{日間} = \text{円}$									
〱 受付日付印 〱									

【添付書類】 初回請求時は、賃金台帳(写)・出勤簿(写)を添付してください。