

## 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○をつけて下さい 1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 支給しない															
	<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												
			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	
	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	月 日から		円		円		円	
	月		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	月 日から		円	円	円	円	
月		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、事実と相違ない事を証明します。																				
平成 年 月 日				事業所 所在地				記載者印												
				名称				印												
				事業主 氏名																

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	
	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
	( )						標準報酬月額 千円			
	支給額計算									
	円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円									
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="margin: 0 5px;">/</span> <span style="margin: 0 5px;">\</span> </div> 受付日付印									