事業主証明用

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

左記の期間の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

1. 2. の場合は支給状況を下欄に記入して下さい

就労状況
（欠勤は黒○・有給は赤○・会社休日は斜線/で表示）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
月	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	
月	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	
月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

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

計算期日	基本給	諸手当			支給合計
		通勤手当	手当	手当	
	円	円	円	円	
月　日から 月　日まで	円	円	円	円	円
月　日から 月　日まで	円	円	円	円	円
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、事実に相違ない事を証明します。

事業所　所在地
平成　年　月　日　名称　　記載者印
事業主　氏名　　印

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 年　月　日まで　日間	支給開始日	年　月　日			
		支給満了日	年　月　日			
不支給期間とその理由	年　月　日から 年　月　日まで　日間 （　　）	前回始め	年　月　日	資格 取得	年　月　日	
		前回終了	年　月　日	資格 喪失	年　月　日	
		標準報酬月額　千円				

支給額計算

円 × $\frac{2}{3}$ ×　　日間 ＝　　円

受付日付印

【添付書類】　初回請求時は、賃金台帳(写)・出勤簿(写)を添付して下さい

中部アイティ産業健康保険組合