

傷病手当金請求書

令和 年 月 日提出

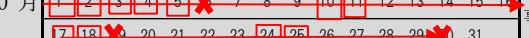
担当医師以外は記入不可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますが、ご注意いただきますようご協力をお願いいたします。

※証明日は労務不能と認めた期間以降でお願いします。

出退勤管理責任者の資格のある方のみ記入可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまうので、ご注意いただきますようご協力をお願いいたします。

労務に服さなかつた期間 (休日を含む)		令和 00年 00月 00日 から 令和 00年 00月 00日 まで															
事業主証明欄 上記期間中の報酬関係	•上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい・いいえ)←どちらかに○ ※いいえに○の場合は以下に記入をしてください。(今回が初めての申請の場合は、出勤簿の写しも添付してください。) ※カレンダーの記入 (病欠:× 出勤:○ 有給:△ 会社休日:□) 足らない場合は、出勤簿の写しを添付してください。																
	0 0 年 0 0 月															上記のとおり相違ないことを証明します。	
	0 0 年 0 0 月															令和 00 年 00 月 00 日	
	年 月															事業主	
	一部支給する期間															所在地	
															代表者名		

支給決定欄	支給開始日	令和 年 月 日	回数	回	常務理事	事務長	係
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日			
	支給決定額	円	年金調整額	日額	日数		

【注意事項】

支給要件、記入上の注意など、詳細については裏面をご確認ください。