

健康保険 傷病手当金・付加金請求書

事業主
 養育担当者

記入用

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健康 太郎		被保険者 記号番号	2312 - 1000		
被保険者が労務に服さなかった期間	平・令 2年 12月 10日 から 平・令 2年 12月 20日まで 11日間			出勤	有給	欠勤
2年 12月				12日	1日	6日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	請求期間	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日	日	日
年 月	1 2 3 4		3 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	日
年 月	1 2 3 4		3 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	日
賃金形態	労務に服さなかった期間 賃金形態		または将来も、支給しない 一部支給した (する) <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 ()			
賃金締日・支払日	締切日: 毎月 末 日締		支払日: 当日・翌日 25 日支払			
労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況			賃金計算方法 (欠勤控除・時給等)			
基本給	2年 12月 1日から 2年 12月 31日まで		150,000円	基本給+職能給+調整手当+住宅手当=210,000		
	(2年 12月 25日支払)		(日額 10,000円)	210,000÷基礎日数21×欠勤6=60,000		
通勤 手当	2年 12月 1日から 2年 12月 31日まで		18,000円	210,000-60,000=150,000		
	(2年 12月 25日支払)		(日額 円)	通勤手当		
手当	年 月 日から 年 月 日まで		円	1か月定期18,000円(欠勤控除していません)		
	(年 月 日支払)		(日額 円)			
上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者 氏名 風見 百合			
事業所所在地	〒231-0000 横浜市中央区〇〇 1-1		令和 3年 1月 10日			
事業所名称	医療法人〇〇会 〇〇病院					
事業主氏名	医療 一郎		電話 045 (000) 0000			

固定的賃金に該当するもの全ての算出式が必要です。
 欠勤控除していない固定的賃金がある場合はその旨も記載してください。

賃金計算方法 (欠勤控除・時給等)
 基本給+職能給+調整手当+住宅手当=210,000
 210,000÷基礎日数21×欠勤6=60,000
 210,000-60,000=150,000
 通勤手当
 1か月定期18,000円(欠勤控除していません)

第1回目請求分には労務に服することができなかった期間を含む出勤簿 (タイムカード) の写しと賃金台帳の写しを添付してください。

勤務状況は【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】で表示してください。