

日本通運健康保険組合

理事長 殿

傷病手当金請求副申書(報酬関係)

| | |
|-------|--|
| 被保険者名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

1. 通勤費支給について

| | | | | |
|-----------|------------|---------|---------|----------|
| ①支給状況 | 1. 支給していない | 2. 支給した | 3. 支給中 | 4. 回収精査済 |
| ②上記2、3の場合 | 支給開始 令和 | 年 月 日 | 支給終了 令和 | 年 月 日 |
| ③支給日数 | 日分 | | ④支払日 | 年 月 日 |
| ⑤支給総額 | | | ⑥日 額 | 円 |

2. その他の報酬関係について (1. 支給していない ・ 2. 支給した (項目名))

A. ()支給について

| | | | | |
|-----------|------------|---------|---------|----------|
| ①支給状況 | 1. 支給していない | 2. 支給した | 3. 支給中 | 4. 回収精査済 |
| ②上記2、3の場合 | 支給開始 令和 | 年 月 日 | 支給終了 令和 | 年 月 日 |
| ③支給日数 | 日分 | | ④支払日 | 年 月 日 |
| ⑤支給総額 | | | ⑥日 額 | 円 |

B. ()支給について

| | | | | |
|-----------|------------|---------|---------|----------|
| ①支給状況 | 1. 支給していない | 2. 支給した | 3. 支給中 | 4. 回収精査済 |
| ②上記2、3の場合 | 支給開始 令和 | 年 月 日 | 支給終了 令和 | 年 月 日 |
| ③支給日数 | 日分 | | ④支払日 | 年 月 日 |
| ⑤支給総額 | | | ⑥日 額 | 円 |

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所名

事業主名