

報酬支給証明書

記号	番号	組合員氏名	所属所名		
9 9 9	9 9 9 9	共済 太郎	〇〇市		
所属所長の証明欄	平成 26年 8月 8日 より引き続き勤務に服していない				
	平成 26年 11月 6日 休 職 を発令した 退 職				
	上記は事実と相違ないことを証明する。				
	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	職 名 〇〇市長	所属所長 氏名 〇〇 〇〇		
<div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 印 印 </div>					
所属所長又は給与事務担当者の証明欄	勤務に服さなかった初日から初回傷病手当金等請求日までの報酬の支給状況				
	期 間	支給率	支給金額	摘要	
	平成 26年 8月 8日 平成 26年 11月 5日	90 日間	100 %	月額 264,000 円 合計 756,000 円	
	平成 26年 11月 6日 平成 26年 11月 30日	25 日間	80 %	月額 211,200 円 合計 163,200 円	
	平成 26年 12月 1日 平成 27年 10月 31日	336 日間	80 %	月額 211,200 円 合計 2,323,200 円	
	平成 27年 11月 1日 平成 27年 11月 5日	5 日間	80 %	月額 211,200 円 合計 38,400 円	
	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	%	月額 円 合計 円	ひと月の支給金額が異なるときは、 分けて記載してください。
	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	%	月額 円 合計 円	
	上記は事実と相違ないことを証明します。				
	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	所属所長又は 職 名 〇〇市長	給与事務担当者 氏名 〇〇 〇〇	<div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 印 印 </div>	

(記入上の注意)

1. この証明書は勤務不能の初日から初回傷病手当金等請求の日の前日までの実績を記入してください。
2. 報酬の支給状況は支給率、支給月額ごとに記入してください。
3. 支給金額は、期間中に支払った標準報酬月額決定の基礎となる基本給と諸手当の合算額を記載してください。
4. この証明書は初回傷病手当金等請求の際にのみ提出してください。