

報酬支給額証明書（傷病手当金用）

組合員氏名		組合員証記号番号	
-------	--	----------	--

期 間		平成 年 月 日から 日まで	平成 年 月 日から 日まで	平成 年 月 日から 日まで			
上記期間の支給対象日数		日	日	日			
給 与 支 給 割 合		割	割	割			
報 酬 ①		支 給 実 績	支 給 実 績	支 給 実 績			
種 別	本 来 の 支 給 額						
給料	円	円	円	円			
地域手当	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
小 計		円	円	円			
報 酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合	支 給 実 績	左の手当に対する 期間内の支給割合	支 給 実 績	左の手当に対する 期間内の支給割合	支 給 実 績
種 別	本 来 の 支 給 額						
扶養手当	円		円		円		円
住居手当	円		円		円		円
管理職手当	円		円		円		円
通勤手当	円		円		円		円
	円		円		円		円
小 計			円		円		円
合 計（報酬①＋報酬②）			円		円		円

上記の勤務しなかった期間に対して支払った報酬の金額を証明します。

平成 年 月 日

所属所長又は
 給与事務担当者

職名

 氏名

④