提出日　　年　　月　　日

傷病手当金・出産手当金給与控除額計算表

この用紙は当組合が傷病手当金、出産手当金の支払いについて、支給額調整のために使用するものです。
迅速なお支払のため、提出のご協力をお願いします。この計算表に替て「賃金規定・規則の写し」の提出も可能です。

事業所記号		事業所名		担当者	

給与控除に関わる基礎日数：『　　日』
給与控除計算の基礎日数が変動する場合は、下記の計算方法等にご記入ください。

※賃金規定・規則にある手当をすべて記入してください

諸手当の名称と金額（満額：円）	欠勤控除の有無	支給要件（計算方法等）
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	
（　　円）	有・無	