

国民健康保険 傷病手当金 支給申請に係る証明書(事業主記入用)

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

従業員(被保険者)氏名																				
新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかつた月より前の3か月の勤務状況(①・②・③) 【出勤は○】、【公休は休】、【上記の事由以外による有給休暇は＝】、【上記の事由以外による無給休暇は／】を記載してください。																	賃金が生じた日数 (○、＝の計)			
①	令和	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	←【賃金計算締め日が月途中の場合】…①の勤務状況は締日の翌日から、②以降は月初から記載してください。 【締日が月末の場合】…①の勤務状況は記載不要です。②以降について記載してください。
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
②	令和	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
③	令和	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかつた月(④)以降の勤務状況 【出勤は○】、【公休は休】、【上記の事由による有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【上記の事由以外による有給休暇は＝】、【上記の事由以外による無給休暇は／】を記載してください。																	賃金が生じた日数 (○、△、＝の計)	新型コロナウイルス感染症(感染疑いを含む)の事由による無給休暇の日数 (×の計)		
④	令和	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
/	令和	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	←労務に服することができなかつた月が2か月にわたる場合のみ記入		日
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		1. はい		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算					締日					日				
		2. いいえ									支払日					1. 当月				
												2. 翌月					日			
上記の期間(②・③・④)の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、賞与は除きます。																				
支給した(する)賃金内訳	期間			②	月	日	～	③	月	日	～	④	月	日	～	月	日	分		
	区分	単価(円)		(A)支給額(円)					(B)支給額(円)					(C)支給額(円)						
	給料																			
	手当																			
	手当																			
	手当																			
	計																			
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)													円			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																				
雇用期限の定めはありますか？			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					年 月 日まで					令和 年 月 日							
上記のとおり相違ないことを証明します。																				
事業所所在地																				
事業所名称																				
事業主氏名																				
担当者氏名					電話番号															

事業主が証明するところ