

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかつた被保険者について、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

	被保険者氏名					
	雇用期間	年 月 日から	1. 雇用終了期間未定			
			2. 年 月 日まで			
	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	就労日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 不定休（週 日程度勤務）				
	勤務地					
	通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 上記の保険には加入していない	左記で1.2の場合 保険加入期間	1. 上記雇用期間と同じ		
				2. 年 月 日から 年 月 日まで		
事業主が証明するところ	①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期間の属する月 における勤務状況				労務に服することができなかつた日数（×、＝）の計 （※事業主の方は記入しないでください。）	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日	
	計				日	
	「労務に服することができなかつた期間」（休暇をとつた期間）のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」 以外の日 について、賃金を支給しましたか？	1. はい 2. いいえ	「はい」の場合、その支給額をご記入ください。（ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。）	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 円		
上記の賃金の計算方法についてご記入ください。（基本給に対する支給割合等）						

（裏面あり）

②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った期間の4日目の属する月の直近3か月**の勤務状況（当該月は含めず。例：4日目が3月31日ならば12～2月、4月2日ならば1月～3月）
【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。

賃金が生じた日数の計
 (○、△、＝の計)

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月 2. 翌月
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			

②の期間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、期末勤勉手当（賞与）は除く。）

期間 区分	単価（円）	月 日 ～ 月 日 分	月 日 ～ 月 日 分	月 日 ～ 月 日 分
		(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）
基本給 （月給）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
基本給 （日給・時給）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
現物給与	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		賃金支給総額（上記 (A) ～ (C) の合計） <input type="text"/> 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。

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