

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っ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。

|                               |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----------|-----|------|----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|
| 事業主が証明するところ                   | 被保険者氏名                                                                                                                                                                 |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               | 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った期間の属する月における勤務状況<br>上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。                                                                  |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 左記の事由による<br>無給休暇の日数      |  |  |  |
|                               | 年 月                                                                                                                                                                    |           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>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<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               | 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属する月の直近3か月の勤務状況<br>【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は＝】、<br>【その他の休暇(賃金が生じない)は／】でそれぞれ表示してください。 |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 賃金が生じた日数の計<br>(○、△、＝ の計) |  |  |  |
|                               | 年 月                                                                                                                                                                    |           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>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<br>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<br>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<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 日                        |  |  |  |
|                               | ②の期間に対して、賃金を支払いましたか？                                                                                                                                                   |           | 1. はい<br>2. いいえ                                                                        |                      | 給与の種類 |           | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |  | 賃金計算  |           | 締 日 |      | 日              |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           | 支払日 |      | 1. 当月<br>2. 翌月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               | 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。                                                                                                                          |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               | 支給した賃金内訳                                                                                                                                                               | 区分        | 期間                                                                                     | 単価(円)                | 月 日 ~ |           |                                                                                                                                                                                    |  | 月 日 ~ |           |     |      | 月 日 ~          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      | 月 日 分 |           |                                                                                                                                                                                    |  | 月 日 分 |           |     |      | 月 日 分          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                        | (A)支給額(円) |                                                                                        |                      |       | (B)支給額(円) |                                                                                                                                                                                    |  |       | (C)支給額(円) |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 基本給                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 時 給                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 手 当                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 手 当                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 手 当                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 手 当                           |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 現物給与                          |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 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。 |                                                                                                                                                                        |           |                                                                                        |                      |       |           |                                                                                                                                                                                    |  |       |           |     |      |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |
| 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 |                |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |