

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用 証明書)

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。

Form with fields: 被保険者氏名 (神奈川 太郎), 業務内容 (商業施設の警備), 雇用期間 (平成30年4月1日 から 令和2年3月31日まで), 雇用の形態 (非常勤・臨時職員), 就労日 (不定休(週3日程度勤務)), 勤務地 (〇〇市 〇〇区 〇〇1丁目1-1), 通勤手段 (自転車), 健康保険等の加入の有無 (国民健康保険に加入している), 自治体からの休業要請を事業所が受けて、当該被保険者が従事する予定だった業務に関して休業となった期間はありますか? (はい), 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 (令和2年3月 〇 公 公 公 公 公 公 〇 〇 △ △ × × 公 × 公 公 公 公 × 公 × △ 公 公 × 公 × 公 △ 〇 公), 「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(休業手当を含む)を支給しましたか? (いいえ), 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)。

事業主が証明するところ

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、**勤務ができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月に支払った賃金の支給状況**(当該月に支払日があるものは含めず)。
 例:4日目が3月31日ならば12~2月に支払日がある分、4月2日ならば1月~3月に支払日がある分)

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 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	15	日
	2. いいえ			支払日	1. 当月 2. 翌月	25

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、期末勤働手当(賞与)は除く)。

区分	期間	単価(円)	支払日12月25日 11月16日 ~ 12月15日勤務分 (A)支給額(円)	支払日1月25日 12月16日 ~ 1月15日勤務分 (B)支給額(円)	支払日2月25日 1月16日 ~ 2月15日勤務分 (C)支給額(円)
基本給 (月・日・時給)		100000	900000	900000	1000000
手当					
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計			(A) 900000	(B) 900000	(C) 1000000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)					2800000円

賃金の支給状況について、直近3か月(勤務ができなかった期間の4日目の属する月より以前の月に賃金の支払日があるもの(当該月に支払日があるものは含めず)の3か月分)の支給状況を記入してください。
 また、賃金の支給状況が分かるように、賃金の計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

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。

②の期間の勤務状況	賃金が生じた日数の計 (○と△と=の計)
令和 元年 11月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 公 公 公 公 △ 公 22 23 公 公 公 公 28 29 公 公	5 日
令和 元年 12月 公 公 3 公 公 公 公 8 公 公 公 公 13 14 公 公 公 公 公 公 △ 公 22 23 公 公 公 公 28 29 公 公	9 日
令和 2年 1月 公 公 公 公 公 6 公 8 公 公 公 公 13 14 公 公 公 公 公 19 20 公 公 公 公 25 26 公 公 公 公 公	8 日
令和 2年 2月 公 2 公 公 公 公 7 8 公 公 1 公 公 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	6 日

令和 2年 4月 5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 ○○市 ○○区 ○○
 事業所名称 (株)国保サービス
 事業主氏名 国保 花子

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください(訂正箇所には事業主の押印が必要です)。

印

事業所担当者氏名 国保 三郎
 事業所担当者電話番号 123 (456) 7890

事業主が証明するところ