

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(③事業主記入用)

新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、  
労務に服することができなかった期間を含む給与計算期間の勤務状況及び給与支給状況等をご記入ください。

<b>被保険者氏名</b>					
(1) 新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかった日(勤務予定であったが休んだ日)の休暇の種類 <b>【有給休暇:△】、【無給休暇または減額休暇:×】</b> でそれぞれ表示してください。 <small>※原則「労務に服することができなかった初日」を1日目として4日目以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。</small>					
労務に服することができなくなった初日 <small>(最初に△か×がついた日)</small>		年 月 日	×がついた日の計		
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				
(2) (1)の「労務に服することができなくなった初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況(※) <small>※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。          ※給与計算期間によって記入する月(期間)が変わりますので、記載例などをご確認ください。  <b>【出勤:○】、【有給休暇:△】、【(1)で×をつけた日(コロナ感染等による無給休暇または減額休暇):×】、【その他の休暇(給与あり):=】、【その他の休暇(給与なし):/】</b>でそれぞれ表示してください。</small>			給与が生じた日数の合計 (○、△、= の計)		
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		
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		
(2)の期間に対して、給与を支払いましたか？ または、今後支払いますか？	1. はい 2. いいえ	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	締日 支払日 1. 当月 2. 翌月		
(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与(3か月を超える期間ごとに受ける給与)は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。					
事業主が証明するところ  給与の支給内訳(支給予定を含む)	期間	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給				
	時給				
	時間外手当				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計				
			給与支給総額(上記(A)~(C)の合計) <input type="text"/> 円		
給与計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。					
上記のとおり相違ないことを証明します。 <span style="float: right;">年 月 日</span>					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					
担当者氏名			電話番号		

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (③事業主記入用)

## 記入例・記入ポイント

感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、  
 労務に服することができなかった期間を含む給与計算期間の勤務状況及び給与支給状況等をご記入ください。

被保険者氏名		国保 一郎		
(1) 新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかった日(勤務予定であったが休んだ日)の休暇の種類 【有給休暇:△】、【無給休暇または減額休暇:×】でそれぞれ表示してください。 ※原則「労務に服することができなかった初日」を1日目として4日目を以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。				
労務に服することができなくなった初日 (最初に△か×がついた日)		令和4 年 4 月 19 日	×がついた日の計	
令和4 年 4 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		6 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			
(2) (1)の「労務に服することができなくなった初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況(※) ※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。 ※給与計算期間によって記入する月(期間)が変わりますので、記載例などでご確認ください。 【出勤:○】、【有給休暇:△】、【(1)で×をつけた日(コロナ感染等による無給休暇または減額休暇):×】、【その他の休暇(給与あり):=】、【その他の休暇(給与なし):/】でそれぞれ表示してください。				
令和4 年 1 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		5 日	
令和4 年 2 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		8 日	
令和4 年 3 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		10 日	
令和4 年 4 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		7 日	
(2)の期間に対して、給与を支払いましたか？ または、今後支払いますか？		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給	
		締日	15 日	
		支払日	1 当月 2 翌月 25 日	
(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与(3か月を超える期間ごとに受ける給与)は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。				
給与の区分	期間	1月16日～2月15日分	2月16日～3月15日分	3月16日～4月15日分
	単価(円)	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
基本給	10000	90000	100000	110000
		90000	100000	110000
		給与支給総額(上記(A)～(C)の合計)		
		300000 円		
給与計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。				
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和4 年 5 月 20 日		
事業所所在地	札幌市北区北24条西6丁目1-1			
事業所名称	○○○○			
事業主氏名	事業主 太郎			
担当者氏名	従業員 一子	電話番号	011-000-0000	

事業主が証明するところ

本事例の場合の給与締日別審査に必要な給与計算期間

末日×：1月1日～3月31日  
 25日×：12月26日～3月25日  
 20日×：1月21日～4月20日  
 15日×：1月16日～4月15日  
 10日×：1月11日～4月10日

給与が確定済みの期間の3か月分(約90日分)の勤務日数と給与支給状況をご記入ください。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。