

付表2

国民健康保険新型コロナウイルス感染症に係る 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給与等計算期間の勤務状況、給与等支払状況等をご記入ください。

被用者氏名					
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 上記の事由による無給休暇の日を×で表示してください。		左記の事由による 無給休暇の日数			
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	10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以前の直近3か月の勤務状況 【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（給与等が生じる）は＝】、【その他の休暇（給与等が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。		給与等が生じた日数の計 （○、△、＝の計）			
令和2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	8日			
令和2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	10日			
令和2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	5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			
事業主が証明するところ	②の期間に対して、給与等を支払いましたか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <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		
	締日	日	日		
		給与等計算	支払日		
			1. 当月 2. 翌月 25日		
②の期間の課税対象となる給与等支払状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。					
支払をした給与等の内訳	期 間	1月1日～ 1月31日分	2月1日～ 2月29日分	3月1日～ 3月31日分	
	区 分	単価(円)	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	10000	80000	100000	50000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計		80000	100000	50000
		給与等支払総額(上記(A)～(C)の合計)		230000円	
給与等計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。					
令和 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 ●●県●●●市●●●丁目●番●号					
事業所名称 (株) 国保サービス					
事業主氏名 国保 花子					
担当者氏名	国保 一	電話番号	(123) 456-7890		