

事業主の証明(国民健康保険傷病手当金支給申請用)

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 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 無給休暇の日数				
	令和 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	
	令和 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 【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=】、 【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 (○、△、= の計)				
	令和 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	
	令和 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	31	
令和 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		31
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	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	期間	単価(円)	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~												
	区分		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																
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。																	
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 (印)																	
担当者氏名			電話番号														

事業主様へ記入を依頼される際は、次ページの依頼文をご活用ください。

事業主の証明(国民健康保険傷病手当金支給申請用)

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。

記入例

被保険者氏名		国保 二郎												
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数を×で表示してください。													左記の事由による 無給休暇の日数	
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											10 日	
令和 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(賃金が生じる)は=】、 【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 (○、△、= 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	
令和 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、賃金を支払いましたか?		1. はい		給与の種類	賃金計算		締日		毎月末		日			
		2. いいえ			<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		支払日		1. 当月		25 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	期間	単価(円)	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		(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)					
	基本給	10000	8000			10000			5000					
	時給													
	手当													
	手当													
	手当													
	現物給与													
計		8000			10000			5000						
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		23000 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。														
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和 2 年 4 月 5 日		
事業所所在地		▲▲県●●市■町1丁目2番3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 三郎			電話番号		123-456-7890							

令和2年4月27日

事 業 主 様

東大阪市 市民生活部
医療保険室 資格給付課

国民健康保険新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に対する
傷病手当金の支給申請に必要な証明について（依頼）

平素は本市国民健康保険事業に多大なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、国の新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策－第2弾－への対応としまして、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者である本市国民健康保険被保険者（発熱等の症状があり感染が疑われる者も含む。）に対し、傷病手当金の支給を行う事となりました。

国からの通知により、国民健康保険被保険者（世帯主）が傷病手当金支給の申請をする際に、事業主様の給与支給状況・証明書の添付が求められております。

被用者様からご請求のあった場合は、ご対応の程よろしく願いいたします。

ご多忙中と存じますが、傷病手当金の円滑な支給にご協力をいただきますようお願いいたします。

【問合せ先】

東大阪市 市民生活部 医療保険室 資格給付課
〒577-8521
東大阪市荒本北一丁目1番1号
電話 06-4309-3167
FAX 06-4309-3804