

南城市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を事業主が記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-----------|----------------------------------|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|----|----|----|--------------------------------|----|----|----|----|--|----|
| 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 | | | 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 | 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 | | |
| 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の期間に対する 賃金の支払状況 | 1. 支払った | 給与の 種類 | <input type="checkbox"/> 月給 | <input type="checkbox"/> 時間給 | 賃金計算 | 締日 | 日 | | | | | | | | | | | |
| | 2. 支払っていない | | <input type="checkbox"/> 日給 | <input type="checkbox"/> 歩合給 | | | 支払日 | 1. 当月 | 日 | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 日給月給 | <input type="checkbox"/> その他 | | 2. 翌月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| ②の期間の課税対象となる賃金の支給状況(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給した賃金の 内訳 | 期 区 | 単価(円) | 月 日 ~ 月 日 分 | 月 日 ~ 月 日 分 | 月 日 ~ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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)の記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の法令による医療の給付の状況 | | | 1.給付を受けられる (制度名) 2.給付を受けられない | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |