

# 後期高齢者医療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及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		後期 太郎														
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 3 年 4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10 日
	16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30	
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(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 3 年 1 月	1	2	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	14	15	9 日
	16	17	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	29	30	
令和 3 年 2 月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	14	15	8 日
	16	17	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	29	30	
令和 3 年 3 月	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	14	15	10 日
	16	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	29	30	
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の期間に対して、給与等を支払いましたか？	1. はい		2. いいえ		給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	給与等計算	締日 毎月末 日							
						<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日							
				<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他											
②の期間の課税対象となる給与等支給状況をご記入ください。ただし、期末勤労手当(賞与)は除く。																
支給した給与等内訳	期間	単価(円)	1 月 1 日 ~ 1 月 31 日 分			2 月 1 日 ~ 2 月 28 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	90000			80000			100000							
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	手当															
現物給与																
計		90000			80000			100000								
		給与等支給総額(上記(A)~(C)の合計)									270000 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 ○ 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		愛媛県〇〇市△△町四丁目5番6号														
事業所名称		株式会社 △▲														
事業主氏名		代表取締役社長 愛媛 二郎														
担当者氏名		愛媛 三郎			電話番号		△△△-〇〇〇-〇〇〇〇									

事業主が証明するところ