

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③（事業主記入用）

労務に服することができなかった被保険者について、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名													
雇用期間		年		月		日	から	1. 雇用終了日未定					
								2. 年 月 日 まで					
雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他（ ）												
就労日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 不定休（週 日程度勤務）												
勤務地													
通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ）												
社会保険等の加入の有無	1. 社会保険に加入している					1. 2. の場合					1. 上記雇用期間と同じ		
	2. 国保組合に加入している					保険加入期間					2. 年 月 日 から		
3. 上記の保険には加入していない。												年 月 日 まで	
事業主が証明するところ	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												
	【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。										労務に服することができなかった日数（×、＝）の計 （※ 事業主の方は記入しないでください。）		
	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											
	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												
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												
										計	日		
「労務に服することができなかった期間」（休暇をとった期間）のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」以外の日について、賃金を支給しましたか？			1. はい 2. いいえ		「はい」の場合、その支給額をご記入ください（ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く）。				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円				
上記の賃金の計算方法についてご記入ください（基本給に対する支給割合等）。													

（裏面あり）

