

## 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期間を含む給与計算期間の勤務状況及び給与支給状況等をご記入ください。

被保険者氏名																																														
(1) 新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかった期間について、【有給休暇:△】、【無給休暇または減額休暇:×】、【勤務予定がなかった日(公休日):□】でそれぞれ表示してください。 ※原則「労務に服することができなかった初日」を1日目として4日目以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。																																														
労務に服することができなかった初日 (最初に△か×がついた日)		令和 年 月 日										×がついた日の計																																		
令和 年 月	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>														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
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																															
令和 年 月	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>														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
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) (1)の「労務に服することができなかった初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況(※) ※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。 ※給与計算期間によって記入する月(期間)が変わりますので、ご注意ください。 【出勤:○】、【有給休暇:△】、【(1)で×をつけた日(コロナ感染等による無給休暇または減額休暇):×】、【その他の休暇(給与あり):=】、【その他の休暇(給与なし):/】、【勤務予定がなかった日(公休日):□】でそれぞれ表示してください。																																														
令和 年 月		令和 年 月 日										給与が生じた日数の合計 (○、△、= の計)																																		
令和 年 月		令和 年 月 日										日																																		
令和 年 月		令和 年 月 日										日																																		
令和 年 月		令和 年 月 日										日																																		
(2)の期間に対して、給与を支払いましたか？ または、今後支払いますか？		1. はい		給与の種類		□月給 □時間給		給与計算		締日		日																																		
		2. いいえ		□日給 □歩合給		□日給月給 □その他		支払日		1. 当月		日																																		
2. 翌月		日																																												
(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与(3か月を超える期間ごとに受ける給与)は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。																																														
事業主が証明するところ  給与の支給内訳(支給予定を含む)	期間	単価(円)		月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分																																				
	区分			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)																																				
	基本給																																													
	時給																																													
	時間外手当																																													
	手当																																													
	手当																																													
	手当																																													
	現物給与																																													
	計																																													
給与支給総額(上記(A)~(C)の合計)										円																																				
給与計算方法(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																																														
申請書②及び申請書③の内容について、相違ないことを証明します。 また、北海道後期高齢者医療広域連合職員が記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。																																														
事業所所在地																																														
事業所名称																																														
事業主氏名																																														
担当者氏名				電話番号																																										

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

## 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期間を含む給与計算期間の勤務状況及び給与支給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に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかった期間について、【有給休暇:△】、【無給休暇または減額休暇:×】、【勤務予定がなかった日(公休日):□】でそれぞれ表示してください。 ※原則「労務に服することができなかった初日」を1日目として4日目以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。					
労務に服することができなかった初日 (最初に△か×がついた日)		令和 2 年 3 月 10 日			
令和 2 年 3 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 × × × × 20 21 22 × × × × × 28 29 × ×			
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			
		×がついた日の計			
		15 日			
(2) (1)の「労務に服することができなかった初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況(※) ※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。 ※給与計算期間によって記入する月(期間)が変わりますので、ご注意ください。 【出勤:○】、【有給休暇:△】、【(1)で×をつけた日(コロナ感染等による無給休暇または減額休暇):×】、【その他の休暇(給与あり):=】、【その他の休暇(給与なし):/】、【勤務予定がなかった日(公休日):□】でそれぞれ表示してください。					
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			
		19 日			
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			
		17 日			
令和 元 年 12 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			
		20 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			
事業主が証明するところ	(2)の期間に対して、給与を支払いましたか？ または、今後支払いますか？		1. はい 2. いいえ		
	給与の種類 <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		給与計算 締日 毎月末日 支払日 1. 当月 25 日 2. 翌月		
(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与(3か月を超える期間ごとに受ける給与)は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。					
給与の支給内訳(支給予定を含む)	期間	単価(円)	12月1日 ~ 12月31日 分	1月1日 ~ 1月31日 分	2月1日 ~ 2月29日 分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	100000	2000000	1700000	1900000
	時給				
	時間外手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		2000000	1700000	1900000	
		給与支給総額(上記(A)~(C)の合計)			5600000円
給与計算方法(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 15 日	
申請書②及び申請書③の内容について、相違ないことを証明します。 また、北海道後期高齢者医療広域連合職員が記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。					
事業所所在地		北海道〇〇市〇〇町4丁目5番6号			
事業所名称		株式会社△△△△			
事業主氏名		●●●●			
担当者氏名		■■■ ■■■		電話番号 098-7654-3210	

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。