

国民健康保険傷病手当金にかかる給与等証明書（事業主記入）

事業 主 が 証 明 す る こ ろ	被用者氏名																													
	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 【出勤は○】，【有給休暇は△】，【上記事由による無給休暇は×】，【その他の休暇（賃金は生じる）は＝】，【【その他の休暇（賃金は生じない）は／】でそれぞれ表示してください。		新型コロナウイルス感染症にかかる無給休暇（欠勤）の日数																											
	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													
			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													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31												
	② ①に記載の月の直前3か月の勤務状況 【出勤は○】，【有給休暇は△】，【上記事由による無給休暇は×】，【その他の休暇（賃金は生じる）は＝】，【【その他の休暇（賃金は生じない）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）																											
	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												
③ ②の期間の課税対象となる賃金の支給状況（賞与は除く）																														
支 給 し た 賃 金 の 内 訳		単価	月分支給額					月分支給額					月分支給額					月分支給額												
	基本給	円	円					円					円					円												
	時給	円	円					円					円					円												
	手当	円	円					円					円					円												
	手当	円	円					円					円					円												
	手当	円	円					円					円					円												
	手当	円	円					円					円					円												
		円	円					円					円					円												
		円	円					円					円					円												
賃金支給計			円					円					円					円												
④ 給与等の情報（就業規則などに基づく雇用契約によるもの）																														
給与の種類		☐ 月給		☐ 時間給		上記被用者の基本給	☐ 月給		円	左記以外の場合の給与算定方法																				
		☐ 月給		☐ 歩合給			☐ 月給																							
		☐ 月給月給		☐ その他			☐ 時給																							
欠勤時の控除計算方法																														
年 月 日 上記の通り相違ないことを証明します 事業所所在地 事業所名 代表者氏名 担当者氏名： 電話番号： 印																														

令和2年5月7日

事業主様

宮代町住民課国保・後期担当

**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
傷病手当金の支給申請に必要な証明について（依頼）**

日頃より町行政に対しましてご支援とご協力を賜り心より感謝申し上げます。
さて、このたび国の新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策にともない、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者である宮代町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、傷病手当の支給を行うことになりました。

国からの通知により、国民健康保険被保険者（世帯主）が世帯主及び被保険者の傷病手当金を支給申請する際に、事業主様に給与の支給状況証明書と療養費申立書（事業主様が証明をしたもの）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、ご対応のほどよろしくお願いいたします。

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

【問合せ先】

〒345-8504

宮代町笠原1丁目4番1号

宮代町住民課国保・後期担当

TEL:0480-34-1111

e-mail:hoken@town.miyashiro.saitama.jp