様式１４号の４

記　入　例

新型コロナウィルス感染症

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等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名	従業　花子

①新型コロナウィルス感染症（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
上記の事由における無給休暇の日数を×でご記入ください。

		左記の事由による無給休暇の日数
令和　2　年　5　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	１２　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	

②新型コロナウィルス感染症（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ヶ月の勤務状況
【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由により無給休暇は×】、【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／】でそれぞれご記入ください。

		賃金が生じた日数の計（○、△、＝の計）
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	１８　日
令和　2　年　3　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	２１　日
令和　2　年　4　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	２１　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

②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	給与の種類	賃金計算	締日	末日
○1. はい 2. いいえ	☑月給　□時間給 □日給　□歩合給 □日給月給　□その他		支払日	1. 当月 ○2. 翌月　２５日

②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。

支給した賃金内訳

区分＼期間	単価（円）	２月　１日　～　２月２９日　分（Ａ）支給額（円）	３月　１日　～　３月３１日　分（Ｂ）支給額（円）	４月　１日　～　４月３０日　分（Ｃ）支給額（円）
基本給	200000	200000	200000	200000
時　給				
時間外手当	2000	10000	20000	10000
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	202000	210000	220000	210000
		賃金支給総額（上記（Ａ）から（Ｃ）の合計）		640000

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　２　年　８　月　１　日

事業所所在地　岡山市北区駅元町１－１

事業所名称　医）国保クリニック

事業主氏名　国保　太郎　　国保　㊞

担当者氏名	国保　太郎	電話番号	０８６－９９９－９９９９