

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。

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4年3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10	日					
年月		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31				
令和3年12月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	△	15	9	日					
年月		16	17	18	19	△	20	21	○	22	○	23	24	25	26	○			27	○	28	29	30
令和4年1月		1	2	3	4	5	△	6	7	○	8	9	10	11	12	○	13	○	14	○	15	8	日
年月		16	17	18	○	19	○	20	21	22	23	24	○	25	○	26	27	28	29	○	30		
令和4年2月		1	○	2	3	4	5	6	7	○	8	9	10	△	11	12	13	○	14	○	15	10	日
年月		16	△	17	18	○	19	○	20	21	22	○	23	24	25	26	○	27	28	29	30		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		2. いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input checked="" type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		毎月末		日					
												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、期末勤働手当（賞与）は除く。																							
期間区分		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											
				(A) 支給額（円）				(B) 支給額（円）				(C) 支給額（円）											
基本給																							
時給		870		62640				55680				69600											
手当																							
手当																							
手当																							
現物給与																							
計				62640				55680				69600											
				賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）				187920				円											
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。 事業所所在地 岐阜県●●市●●町●● 事業所名称 ○○株式会社 事業主氏名 代表取締役 ○○ ○○																							
担当氏名		人事部 ○○ ○○				電話番号		□□□-□□□-□□□□															

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

《注意》
 課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。
 （例）通勤手当が非課税限度額以下の場合

令和〇〇年〇〇月〇〇日