

新型コロナウイルスに係る傷病手当金に関する勤務状況等証明書(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。

被保険者証及び組合員証 記号番号	宮医 A	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。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 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	
令和 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	
②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の直近3か月の勤務状況。(例:4月から労務に服することができなかった場合、1月2月3月) 【出勤は○】、【有給休暇は△】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)			
令和 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	
令和 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	
令和 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	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日								
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日		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	期間	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~									
	区分		月 日 分		月 日 分		月 日 分									
			(A) 支給額(円)		(B) 支給額(円)		(C) 支給額(円)									
	基本給															
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
計																
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)				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。						令和 年 月 日										
事業所所在地			〒													
事業所名称																
電話番号																
事業主氏名			(印) 担当者氏名 ()													
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様																

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金意見書（療養担当者記入用）

受診した医療機関に持参し、ご記入いただく様式です。

被保険者証及び 組合員証	宮医 A	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
傷病名					
初診日	令和 年 月 日	発病の原因			
発病年月日	令和 年 月 日				
労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左記のうち 入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> その他	転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
診療日及び 入院していた日を○で 囲んでください。	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	診療実日数 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	診療実日数 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	診療実日数 日		
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）					
			手術年月日	令和 年 月 日	
			退院年月日	令和 年 月 日	
症状経過から見て労務不能と認められた医学的な所見					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 〒</p> <p>医療機関の名称</p> <p>電話番号</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>					