

新型コロナウイルスの関係で、被保険者が発熱などの自覚症状があるために自宅療養を行っていた場合であって、医師の意見書を添付できない場合には、この証明書を添付してください。

就労状況等証明書

事業主記入欄	被保険者氏名			
	被保険者から労務不能である旨の連絡を受けた年月日	令和 年 月 日	被保険者からの連絡手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他()
	出勤しなかった日について、事業所にどのような連絡があったか、詳しく記入してください。			
	一定の症状がある場合に就業を禁止する措置をとっていますか。	<input type="checkbox"/> はい (症状:) <input type="checkbox"/> いいえ	労務不能により出勤ができなかった日について、事業主からどのような指示をしたか、詳しく記入してください。	

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および賃金支払状況等を記入してください。

勤務状況(出勤は○、欠勤は×、有給は有、公休は休でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給			
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	計	日	日
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	計	日	日
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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他()		賃金計算 締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日																													
事業主記入欄	期間	単 価	月 日 日分 ~ 月 日分	月 日 日分 ~ 月 日分	月 日 日分 ~ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																													
	区分		支 給 額	支 給 額	支 給 額																														
	基本給																																		
	通勤手当																																		
	家族手当																																		
	手当																																		
	手当																																		
	手当																																		
現物給与																																			
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日	担当者氏名																															
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名			TEL: ()																																