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			
	一定の熱がある場合に就業を禁止する措置をとっていますか。	□ はい （　　度以上） □ いいえ	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、詳しくご記入ください。

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。

事業主欄

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。	□ はい □ いいえ	給与の種類	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合給 □ 日給月給　□ その他（　　）	賃金計算	締日	日	
					支払日	□ 当月 □ 翌月　日	

支給した（する）賃金内訳　期間 / 区分	単価	月　日 ～ 月　日分 支給額	月　日 ～ 月　日分 支給額	月　日 ～ 月　日分 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				

●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。

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:　　（　　）

(2020.3)