

介護休業開始時賃金月額証明書作成依頼書

事業所名			フリガナ		
担当者名			被保険者氏名		
被保険者旧姓 (注1)			変更日	()年()月()日	
電話番号			被保険者番号	()	()
入社年月日	平令	年	月	日	賃金締切日 日締め
生年月日	令	年	月	日	介護休業開始日 令 年 月 日
本人現住所	〒 -				
本人Tel(注2)					
介護休業開始月(最終月)を含めて前13ヶ月間記入して下さい					年4回以上の賞与または特別の手当 (ご連絡事項) ・1回の介護休業終了後、終了日(休業が3か月以上のときは介護休業開始日から3か月を経過する日)の翌日から2か月を経過する日の属する月の末日までが提出期間です。余裕をもって、ご準備のうえご依頼ください。 ・ご準備頂いた書類にて、申請を行い、審査終了後、支給(不支給)決定通知をご送付いたします。
賃金支払月	労働日数(注3)	賃金額		通勤手当	
最終月	日	円	円	/ 円	
月	日	円	円	/ 円	
月	日	円	円	/ 円	
月	日	円	円	/ 円	
月	日	円	円	円	
月	日	円	円	円	
月	日	円	円	円	
月	日	円	円	円	
月	日	円	円	円	
月	日	円	円	円	

(注1) 氏名変更が未届けの場合は記入してください。

(注2) 本人電話番号を記入してください。

(注3) 労働日数欄の記入について

①月給制の場合は暦日数を、欠勤控除がある場合には『マイナス〇日』と記入してください。

②時給・日給月給の場合は、実労働日数を記入してください。

(注4) 事業所として、初回のみ「提出代行に関する証明書」をご提出ください。

※以下の8点をご提出ください

- 介護休業開始時賃金月額証明書作成依頼書 (本用紙)
- 被保険者が事業主に提出した介護休業申出書
- 双方の戸籍謄本※、住民票の全部証明など「介護対象家族氏名、被保険者本人との続柄、性別、生年月日等が確認できる書類 ※同居は省略できるケースがありますので、ご相談ください
- 賃金台帳(介護休業開始前13ヶ月、及び、介護休業期間を対象とした賃金が確認できるもの)
- 出勤簿(休業開始日から終了日の翌日まで)
- 通帳(口座名義人カナ、金融機関名、支店名、店番号、預金の種別、口座番号)
- 記載内容に関する確認書・申請等に関する同意書(介護休業給付用)
- 被保険者と介護対象家族のマイナンバー (電子会議室MyKomonにてご伝達ください)

労働保険事務組合
(一社)東京実業連合会
Tel5652-8030 FAX5652-1880