

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

住所 〒 - -

事業場名

事業主名 殿

事業場TEL: - -

事業所の住所、名称、事業主氏名をご記入ください。ゴム印可。

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変
27	3	02	949012	000	

雇用保険事業所番号
2702 - 123456

事務組合名 一般社団法人此花工業会労働保険事務組合
(TEL:06-6468-0781)

3. 事業の概要

事業内容をご記入ください。

舗装工事業

2. 該当しない

5. 新年度賃金見込額

1. 前年度と同額

2. 前年度と変わる

3. 委託解除年月日

4. 委託解除拠出金納付済

ご記入がない場合は分納とさせていただきます。

ご記入がない場合は前年度と同額にさせていただきます。

項目 月別	1. 労災保険及び一般拠出金対象労働者数及び賃金							
	(1) 常用労働者		(2) 役員で労働者扱いの者 <small>(業務執行権を有する者の指示を受け 勤務に従事し、賃金を得ている者等)</small>		(3) 臨時労働者 <small>(パートタイム、アルバイト等)</small>		(4) 合計 <small>((1)+(2)+(3))</small>	
	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円
4月							0	0
5月							0	0
6月							0	0
7月							0	0
8月							0	0
9月							0	0
10月							0	0
11月							0	0
12月							0	0
1月							0	0
2月							0	0
3月							0	0
賞与額 6月							0	0
賞与額 12月							0	0
賞与額 月							0	0
合計		0		0		0	12月平均 使用労働 者数 人 A	0 円 D

賃金報告の見本です

項目 月別	2. 雇用保険対象被保険者数及び賃金							
	(5) 被保険者 <small>(日雇労働被保険者に支払った賃金を含む なお、パートタイム、アルバイト等雇用保険 の被保険者とならない者を除く)</small>		(6) 役員で被保険者扱いの者 <small>(給与支払等の面からみて 労働者の性格の強い者)</small>		(7) 合計 <small>((5)+(6))</small>		(8) うち高齢労働者分 <small>(年度の初日において 満64歳以上の者)</small>	
	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円	人員 人	支払賃金 円
4月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
5月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
6月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
7月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
8月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
9月	3	450,000			3	450,000	1	150,000
10月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
11月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
12月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
1月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
2月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
3月	5	750,000			5	750,000	1	150,000
賞与額 6月	5	500,000			5	500,000	1	100,000
賞与額 12月	5	500,000			5	500,000	1	100,000
賞与額 月					0	0		
合計	4	9,700,000		0	4	9,700,000	12月平均 被保険者 数 人 B	2,000,000 円 C

8 ※業種変更年月

業種変更前 (業種変更が無い時)

業種変更後

年 月 年 月

No	9. 特別加入者の氏名	10. 承認された 基礎日額 円	11. 適用月数 確定 概算	12. 希望する 基礎日額 円
				00
				00
				00
				00

No	9. 特別加入者の氏名	10. 承認された 基礎日額 円	11. 適用月数 確定 概算	12. 希望する 基礎日額 円
				00
				00
				00
				00

No	9. 特別加入者の氏名	10. 承認された 基礎日額 円	11. 適用月数 確定 概算	12. 希望する 基礎日額 円
				00
				00
				00
				00

全ページに押印
ください!

事業所名、事業主氏名、
事業主の認め印をお願い
します。

全ページに押印
ください!

ご記入者のお名前と
認め印をお願いします。

作成者氏名 記名押印 署名
山本 一郎 (印)

13. 雇用保険料免除高年齢労働者氏名(生年月日)

上記のとおり

山田 花子 (明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)
(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)

(8)の保険料免除対象高年齢労働者の氏名、生年月日をご記入ください。

此花工事業 此花太郎 (印)

予備欄	委託手数料	予備欄2	予備欄3
1期			
2期			
3期			