組織様式第5号

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

作成　　頁

住所　〒　　－

事業場名

事業主名　　殿

事業場の住所、名称、事業主名をご記入ください。ゴム印可。

事業場TEL：

事業場の電話番号をご記入ください。

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変
27	3	2	949012	000	

雇用保険事業所番号

2702 － 123456 －

ご記入がない場合は分納にさせていただきます。

事務組合名　一般社団法人此花工業会
（TEL：06-6468-0781）

3. 事業の概要

事業内容をご記入ください。

設備工事事業

[　]
1. 該当する
2. 該当しない

[　]の申請
1. 一括納付
(2) 分納（3回）

5. 新年度賃金見込額
(1) 前年度と同額
2. 前年度と変わる
労災　　千円
雇用　　千円
3. 委託解除年月日　年　月　日
4. 委託解除拠出金納付済

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。

賃金報告の見本です。

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 人員	支払賃金	(2) 役員で労働者扱いの者（業務執行権を有する者の指示を受け動労に従事し、賃金を得ている者等） 人員	支払賃金	(3) 臨時労働者（パートタイマー、アルバイト等） 人員	支払賃金	(4) 合計（(1)＋(2)＋(3)） 人員	支払賃金
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	1ヶ月平均使用労働者数 0 人	A 0 円 / D 0 千円

月別	2. 雇用保険対象被保険者数及び賃金 (5) 被保険者（日雇労働被保険者に支払った賃金を含む。なお、パートタイマー、アルバイト等雇用保険の被保険者とならない者を除く） 人員	支払賃金	(6) 役員で被保険者扱いの者（給与支払等の面からみて労働者的性格の強い者） 人員	支払賃金	(7) 合計（(5)＋(6)） 人員	支払賃金	(8) うち高年齢労働者分（年度の初日において満64歳以上の者） 人員	支払賃金
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								
合計		9,700,000		0	1ヶ月平均被保険者数 4	B 9,700,000 円 / E 9,700 千円	1ヶ月平均高齢者労働者 1	C 2,000,000 円 / F 2000 千円

8		※業種変更年月	業種変更前（業種変更が無い時）	a 人	b 千円
		年　月	業種変更後		千円

年　月	c 人	d 千円	e 人	f 千円
	4	9,700		2000
		千円		千円

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

変更される場合は変更額をご記入ください。ご記入がなければ前年度と同額にさせていただきます。

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

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

全ページに押印して下さい！

ご記入者のお名前と認印をお願いします。

作成者氏名　記名押印又は署名
山本　一郎 印

全ページに押印して下さい！

13. 雇用保険料免除高年齢労働者氏名（生年月日）

山田　花子
（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。

上記

事業所名、事業主名、事業主の認印をお願いします。

氏名

平成　27　年　4　月　日

記名押印又は署名
印

7. 予備欄

	委託手数料	会費	予備欄3
1期	円	円	円
2期	円	円	円
3期	円	円	円