

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

住所 〒 ー

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。

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変
27	3	2	949010	000	

雇用保険事業所番号

2702	ー	123456
------	---	--------

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

卸売業

1. 一括納付
② 分納 (3回)

事業内容をご記入ください。

ご記入がない場合は分納に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。

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	雇用
千円	千円

3. 委託解除年月日

4. 委託解除拠出金納付済

事業場TEL : 事業場の電話番号をご記入ください。

1. 労災保険対象被保険者数及び賃金

項目	1. 労災保険対象被保険者数及び賃金							
	(1) 常用労働者		(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 勤務に従事し、賃金を得ている者等)		(3) 臨時労働者 (パートタイマー、アルバイト等)		(4) 合計 (1)+(2)+(3)	
月別	人員	支払賃金 円	人員	支払賃金 円	人員	支払賃金 円	人員	支払賃金 円
4月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
5月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
6月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
7月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
8月	5	750,000					5	750,000
9月	3	450,000					3	450,000
10月	5	750,000					5	750,000
11月	5	750,000					5	750,000
12月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
1月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
2月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
3月	5	750,000			1	130,000	6	880,000
賞与額	6月	500,000					5	500,000
賞与額	12月	500,000					5	500,000
賞与額							0	0
合計		9,700,000		0		1,040,000	5	10,740,000

賃金報告の見本です。

2. 雇用保険対象被保険者数及び賃金

項目	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)		(6) 役員で被保険者扱いの者 (給与支払等の面からみて 労働者の性格の強い者)		(7) 合計 (5)+(6)		(8) うち高齢労働者分 (年度の初日において 満64歳以上の者)	
月別	人員	支払賃金 円	人員	支払賃金 円	人員	支払賃金 円	人員	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	500,000			5	500,000	1	100,000
賞与額	12月	500,000			5	500,000	1	100,000
賞与額								
合計		9,700,000		0		9,700,000	4	2,000,000

8. 業種変更

業種変更前	業種変更後
5 10,740	

8. 業種変更

年	月	人員	支払賃金	高齢労働者	支払賃金
		4	9,700	1	2,000

9. 特別加入者の氏名

No	氏名	10. 承認された基礎日額	11. 適用月数	12. 希望する基礎日額
01	此花 太郎	10 000		1 4 0 00

9. 特別加入者の氏名

No	氏名	10. 承認された基礎日額	11. 適用月数	12. 希望する基礎日額

9. 特別加入者の氏名

No	氏名	10. 承認された基礎日額	11. 適用月数	12. 希望する基礎日額

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。

事業所名、事業主名、事業主の認印をお願いします。

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。

全ページに押印して下さい！

13. 雇用保険料免除高齢労働者氏名 (生年月日)

氏名	生年月日
山田 花子	平成 27 年 4 月

(8)の保険料免除対象高齢労働者の氏名、生年月日をご記入ください。

7. 予備欄

期	委託手数料	会費	予備欄3
1期			
2期			
3期			

山本 一郎 (印)

(明・大・昭 年 月 日)



(印)