

健 康 保 険
被 保 険 者 報 酬 月 額 算 定 基 礎 届
総 括 表

常務	事務長	係長	係員

事業所記号

※ 算定完了年月日
年 月 日

事務担当者名

※ 5月の調定の被保険者数					
男	人	女	人	合計	人

※欄には記入しないでください

6月中に取得した人	6月30日までに退職した人	7月1日現在の被保険者総数	算定基礎届に記載されている人(差引届出者数)	/
人	人	人	人	入力

7月月変該当者	/	8月月変該当者	/	9月月変該当者 (算定での改定者は含まず)	/
人	入力	人	入力	人	入力

報酬の支払状況欄					
給与の支払日	職種により締日等が異なる場合は()内にそれぞれの職種を記入して下さい。				
	毎月	日締切を(<input type="radio"/> 当月 <input type="radio"/> 翌月)	日支払	()	
指定勤務日数	週休2日制の場合、1か月の勤務日数は「22日」とします。				
	就業規則等で定めた1か月の勤務日数は、日間となっています。				
昇降給	有 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 昇給月 <input type="radio"/> 降給月	月からで、	月	日に支払分から変更
	無 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 昇給月 <input type="radio"/> 降給月	月からで、	月	日に支払分から変更
固定的賃金の変動無し、残業による増減のみ					

社会保険労務士記載欄	
印	

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	