

健康保険被保険者報酬月額算定基礎届

処 理 伺					
令和 年 月 日					
常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担当者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 氏 名	職 種 コード	① 事 業 所 得 額	給与 締切日・支払日			③ 合 計	従前の標準報酬月額	⑤ 標準報酬月額の決定	決定した標準報酬月額の適用年月	備 考
					締切日	支払日						
				円	年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)	円	千円	千円	年 月	
				円	円	円	円	円	千円	千円	年 月	9
				円	円	円	円	円	千円	千円	年 月	9
				円	円	円	円	円	千円	千円	年 月	9
				円	円	円	円	円	千円	千円	年 月	9
				円	円	円	円	円	千円	千円	年 月	9

この届書は、保険給付金及び保険料算定の基礎となります。
 報酬月額のわかる書類（コピー）を添付してください。
 （社会保険労務士記載欄がある場合は、添付書類の省略ができます。）

令和 年 月 日

職 種	コード
個人事業主	10
法人事業主	15
勤務歯科医師	20
技 工 士	30
衛 生 士	40
上記以外	50

事業所所在地
 事業所名
 事業主名
 電話番号

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄	
名 称	
氏 名	
T E L	()