

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	0000		給与締切日・支払日							
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	② 算定基礎月（報酬支払の基礎日数）とその月に受けた報酬の月額		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
00	健保 太郎	10	円 000,000	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	年 月	9
00	健保 次郎	50	円 000,000	円 000,000	円 000,000	円 000,000	円 000,000	千円 000	年 月	9
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	年 月	9
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	年 月	9
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	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 〇年 〇月 〇日

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 〒0000-0000
 事業所名 東京都豊島区〇〇 2-3-4
 事業主名 〇〇歯科医院
 電話番号 〇〇 〇〇
 00-0000-0000

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