

# 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

事業所番号	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 ④ 平均	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
				年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)					
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	千円	年 月 9	
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	千円	年 月 9	
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	千円	年 月 9	
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	千円	年 月 9	
			円	年4月(日) 円	年5月(日) 円	年6月(日) 円	円	千円	千円	年 月 9	

給与締切日・支払日	
締切日	支払日
日	当月翌日 日

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	事業所所在地
個人事業主	10	事業所名
法人事業主	15	事業主名
勤務歯科医師	20	電話番号
技 工 士	30	
衛 生 士	40	
上記以外	50	

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

