

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

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。）

事業所番号	0000		給与 締切日・支払日											
			締切日	支払日										
			20 日	当月 翌日 25 日										
被保険者 整理番号	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			
				④ 平 均										
00	健保 太郎	10	円 000,000	年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)	円	千円	千円	年 月	9			
				円	円	円	円					0		
00	健保 次郎	50	円 000,000	〇年4月(〇〇日)	〇年5月(〇〇日)	〇年5月(〇〇日)	円 000,000	千円 000	千円 000	年 月	9			
				円 000,000	円 000,000	円 000,000	円 000,000					0		
			円	年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)	円	千円	千円	年 月	9			
				円	円	円	円							
			円	年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)	円	千円	千円	年 月	9			
				円	円	円	円							
			円	年4月(日)	年5月(日)	年6月(日)	円	千円	千円	年 月	9			
				円	円	円	円							

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	()

