組織様式第5号

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

住所　〒

事業場名

事業主名　殿

事業場TEL:

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変
15	3	01	930550		

雇用保険事業所番号　－

事務組合名　一般社団法人 新潟県歯科医師会
（TEL: 025-283-3030 ）

3.事業の概要　9431　歯科診療

4.特掲事業　1 該当する　2 該当しない　[2]

5.新年度賃金見込額　1 前年度と同額 [ ]　2 前年度と変わる
労 ＿＿＿千円
雇 ＿＿＿千円
3 委託解除年月日　＿＿年＿＿月＿＿日
4 委託解除拠出金出納済

6.延納の申請　1 一括納付 [1]　2 分納(3回)

項目 / 月別	1. 労災保険対象労働者数及び賃金 (1) 常用労働者 ※雇用保険に加入している労働者		(2) 役員で労働者扱いの者 (業務執行権を有する者の指示を受け労働に従事し、賃金を得ている者等)		(3) 臨時労働者 ※雇用保険に加入していない労働者		(4) 合計 ((1)+(2)+(3))		1. 雇用保険対象被保険者数及び賃金 (5) 被保険者 (日雇労働被保険者に支払った賃金を含む。なお、パートタイマー、アルバイト等雇用保険の被保険者とならない者を除く)		(6) 役員で労働者扱いの者 (給与支払等の面からみて労働者的性格の強い者)		(7) 合計 ((5)+(6))	
	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金
令和　年 4月		円	人	円		円		円		円	人	円		円
5月														
6月														
7月														
8月														
9月														
10月														
11月														
12月														
1月														
2月														
3月														
賞与等 ＿月														
賞与等 ＿月														
賞与等 ＿月														
合計							1か月平均使用労働者数 人	A 円 D 千円					1か月平均使用労働者数 人	B 円 E 千円
8								千円						千円

No	9.特別加入者の氏名	10.承認された基礎日額	11.適用月数 確定	11.適用月数 概算	12.希望する基礎日額
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00

No	9.特別加入者の氏名	10.承認された基礎日額	11.適用月数 確定	11.適用月数 概算	12.希望する基礎日額
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00

No	9.特別加入者の氏名	10.承認された基礎日額	11.適用月数 確定	11.適用月数 概算	12.希望する基礎日額
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00
		円			円 00

申告済概算保険料　円

作成者氏名　印

上記のとおり報告します。

令和　年　月　日

事業主氏名

記名又は押印

印

7.予備欄

	予備欄1	予備欄2	予備欄3
1期	円	円	円
2期	円	円	円
3期	円	円	円