

# 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

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

-

3.事業の概要 <b>9431</b> <b>歯科診療</b>	4.特掲事業 1 該当する <b>2</b> 2 該当しない	5.新年度賃金見込額 1 前年度と同額 <input type="checkbox"/> 2 前年度と変わる <input type="checkbox"/> 労 千円 雇 千円
6.延納の申請 1 一括納付 <b>1</b> 2 分納(3回)	3 委託解除年月日 年 月 日 4 委託解除拠出金出納済	

事業場TEL:

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

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) )	
	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								
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							12月平均使用労働者数 人 A	円 D

項目 月別	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の性格の強い者)		(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
令和 年 4月								
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							12月平均使用労働者数 人 B	円 E

8									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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		12.希望する基礎日額
			確定	概算	
					円 00
					円 00
					円 00
					円 00
					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		12.希望する基礎日額
			確定	概算	
					円 00
					円 00
					円 00
					円 00
					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		12.希望する基礎日額
			確定	概算	
					円 00
					円 00
					円 00
					円 00
					円 00

申告済概算保険料 円

作成者氏名


上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

事業主氏名

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