組織様式第5号

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

＿＿＿＿＿頁

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
2 該当しない

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

6.延納の申請
1 一括納付　1
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

1. 労災保険対象労働者数及び賃金

項目 / 月別	(1) 常用労働者 ※雇用保険に加入している労働		(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6年 4月	人	円	人	円	人	円	人	円
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
令和7年 1月								
2月								
3月								
賞与等 月								
賞与等 月								
賞与等 月								
合計							1ヵ月平均使用労働者数 人	A 円 / D 千円

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	円	人	円	人	円	
				1ヵ月平均使用労働者数 人	B 円 / E 千円	

8					C 千円						G 千円		F
					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

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