

記入上の留意事項

4/18(金)

×切必着

●賃金等に算入するもの

令和6年度(令和6年4月～令和7年3月まで)に実際に支払われた、各種控除前の「支給合計額」をご記入ください。

賃金とは、賃金・給料・手当・賞与などの名称のいかんを問わず、労働の対償として事業主が労働者に支払う全てのものをいいます。(通勤手当も含む。)

賞与は「賞与等」の欄にご記入ください。(賞与の支給がない場合は「0」と記入。)

●賃金等に算入しないもの

退職金、解雇予告手当、見舞金等の恩恵的なもの。

産休、育休等で休業されている方に支払われる恩恵的な賃金。

事業主と生計を同じにする配偶者その他の親族(家族専従者)は算入しません。

●その他、よくあるご質問

Q.雇用保険に加入しているパート従業員がいます。どの欄に記入したらいいですか？

A.雇用保険に加入している従業員の方は、正職員、パート、アルバイト問わず

①、④、⑤の欄(裏面参照)にご記入ください。

Q.雇用保険に加入している従業員が育休中です。記入する必要はありますか？

A.産休、育休、病気等で休業中の方も在籍はしていますので、人員には含めます。

ただし、祝金、見舞金等は賃金には含めません。

Q.月の途中で雇用保険に加入した従業員がいます。

A.雇用保険に加入した月の賃金からご記入ください。

また、雇用保険加入前から在籍されていた方は、雇用保険加入前は労災保険(②の欄)のみ適用しています。分けてご記入ください。

原則として「1.前年度と同額」に○印を記入。但し令和7年4月から翌年3月までの賃金見込額が、前年度の2倍以上又は半分以下になる場合は「2.前年度と変わる」に○印を付け、見込額を千円単位で記入してください。

組織様式第9号

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

住所 〒 959-0000
新潟市中央区●●1-●-●
 事業場名 ●●歯科医院 新潟 一郎
 事業主名 新潟 一郎 殿
 事業場TEL: 025-000-0000

労働保険番号
 内県 所準 管轄 基幹番号 枝番 科変
 15 3 01 930550 999

雇用保険事業所番号
 1501 - 000000 0

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

5.新年度賃金見込額
 前年度と同額
 前年度と変わる

6.延納の申請
 1 一括納付 2 分納(3回)

7.委託解除年月日
 8.委託解除拠出金出納済

項目	1. 労災保険対象労働者数及び賃金						1. 雇用保険対象被保険者数及び賃金								
	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 (従事執行役を要する2名の標準を 充分労働に課し、賃金を得て いる者)		③ 臨時労働者 ※雇用保険に加入していない労働者		④ 被保険者 ※雇用保険被保険者に就いた賃金を 含む。なお、パート・アルバイト等 雇用保険の被保険者とは別枠で 算入する。		⑤ 役員で労働者扱いの者 (従事執行役の範囲から 労働者特給の無い者)		合計 (①)+(②)+(③)		合計 (④)+(⑤)		
月別	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	
4月	3	750,000	1	85,000	4	835,000	3	750,000	3	750,000	4	835,000	3	750,000	
5月	3	750,000	1	85,000	4	835,000	3	750,000	3	750,000	4	835,000	3	750,000	
6月	3	750,000	1	85,000	4	835,000	3	750,000	3	750,000	4	835,000	3	750,000	
7月	3	750,000	1	85,000	4	835,000	3	750,000	3	750,000	4	835,000	3	750,000	
8月	3	750,000	1	85,000	4	835,000	3	750,000	3	750,000	4	835,000	3	750,000	
9月	4	890,000	1	85,000	5	975,000	4	890,000	4	890,000	5	1,035,000	4	890,000	
10月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
11月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
12月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
1月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
2月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
3月	4	950,000	1	85,000	5	1,035,000	4	950,000	4	950,000	5	1,035,000	4	950,000	
4月	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	
5月	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	
6月	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	
7月	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	
8月	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	
9月	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	
10月	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	
11月	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	4	1,900,000	
12月	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	3	1,125,000	
合計		13,355,000		1,020,000		14,375,000		13,355,000		3		13,355,000		3	13,355,000

- ① 雇用保険に加入している方の賃金。(パート、アルバイト含む)
- ② 雇用保険に加入していない方(労災保険のみの方)の賃金。
- ③ ①+②の合計。

右側の④、⑤欄は①と同じになります。

※人員欄には各月の在籍人数をご記入ください。休業されていた方も在籍されていますので人員には含めてください。

従業員の方が雇用保険に加入しているか等、ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

問い合わせ先 労働保険事務組合新潟県歯科医師会
 TEL:025-283-3030 FAX:025-283-6692