

# 労働保険料等算定基礎賃金等の報告 (記入時の注意点)

住所 〒

事業場名

事業主名 殿

事業場TEL: (TEL: )

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変

雇用保険事業所番号

事務組合名

3. 事業の概要

4. 特掲事業

5. 新年度賃金見込額

6. 延納の申請

項目	1. 労災保険及び一般拠出金対象労働者数及び賃金							
	(1) 常用労働者		(2) 役員で労働者扱いの者		(3) 臨時労働者		(4) 合計	
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
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		月		月		月	
賞与等	月		月		月		月	
賞与等	月		月		月		月	
合計								

2. 雇用保険対象被保険者							
(5) 被保険者		(6) 役員で被保険者扱いの者		(7)		(8) うち高齢労働者分	
人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金	人員	支払賃金
合計							

(2)・(3)以外の従業員について、月別人数及び賃金を記入してください。

法人の役員で従業員扱いとなつて居る方について、月別人数・賃金を記入してください。

パート及びアルバイトの方の月別人数及び賃金額を記入してください。

従業員のうち雇用保険に加入している方についての月別人数・賃金を記入してください。

雇用保険加入者のうち昭和28年4月1日以前生まれの64歳以上の方についての人数及び賃金を記入ください。ここでカウントされている方の氏名(左下)に記入してください。

8	業種変更年月	業種変更前 (業種変更が無い時)	業種変更後	年	月	年	月	年	月
---	--------	------------------	-------	---	---	---	---	---	---

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	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	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

申告済概算保険料

作成者氏名 記名押印又は署名

作成者名の記入をお願いします。

13. 雇用保険料免除高齢労働者氏名(生年月日)

(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)
(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)	(明・大・昭 年 月 日)

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

事業主氏名

事業所ゴム印

7. 予備欄

予備欄1	予備欄2	予備欄3
1期		
2期		
3期		