

秘密

健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届 総括表

- (注意事項) ・この総括表は、算定基礎届に添えて提出してください。
 ・漏れなく記入または印をつけてください。

基本情報			
①事業所記号		②事業所名称	
③事業所 担当者氏名		事業所電話番号	
		事業所FAX番号	

給与などの情報			
④7月月変該当者数	名		
⑤給与の支払日	毎月____日締切／(当月・翌月)____日支払		
⑥今年度の定期昇給 の有無(予定を含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	⑦「⑥」の支払月	月
⑧通勤手当・定期券	<input type="checkbox"/> 定期券で支給している。 <input type="checkbox"/> 通勤手当(通貨)で支給している。		
⑨現物給与	<input type="checkbox"/> 無 食事(<input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 被服 <input type="checkbox"/> その他()		
⑩労働安全衛生法に基づく 健康診断の実施について (該当箇所に○をしてください)	健康診断を 実施している・実施していない		
	実施時期(複数回実施の場合は、実施月の全てに○をしてください)		
	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月		

提出代行者名称・連絡先

健保組合 担当者印

受付年月日
