

**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	9 9 9 9	②事業所名称	医療法人〇〇会
③事業所 担当者氏名	健保 花子	事業所電話番号	045-〇〇〇-××××
		事業所FAX番号	045-〇〇〇-△△△△

給与などの情報												
④7月月変該当者数	2 名											
⑤給与の支払日	毎月 15 日締切 / ( 当月 ) ・ 翌月 ) 25 日支払											
⑥今年度の定期昇給の有無(予定を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	⑦「⑥」の支払月	4 月									
⑧通勤手当・定期券	<input type="checkbox"/> 定期券で支給している。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夜 ) <input checked="" 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