

※必ず見てください※

組織様式第5号

労働保険料等算定基礎賃金等の報告

作成

住所 〒 -

事業場名 住所、名称等に変更がありましたら
赤で訂正ください

事業主名 殿

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番	料変
27	3	03	941010		

雇用保険事業所番号

事務組合名 一般社団法人西工業会労働保険事務組合
(TEL：06-6582-0910)

記入がない場合
分納になります。

3.事業の概要

記入がない場合
前年度と同額になります。

2.該当しない

6.延納の申請
1.一括納付
2.分納（3回）

事業内容をご記入ください。

新年度賃金見込額
1.前年度と同額
2.前年度と変わる
「②前年度と変わる」の場合以下に賃金額を入力ください。

委託解除年月日
年 月 日

4.委託解除抛出名納付済

項目	労働者数及び賃金									
	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	人員	支払賃金
4月	3	750,000	1	80,000	4	830,000	1	80,000	4	830,000
5月	3	750,000	1	80,000	4	830,000	2	160,000	5	910,000
6月	3	750,000	1	80,000	4	830,000			3	750,000
7月	3	750,000			3	750,000	1	80,000	4	830,000
8月	2	500,000			2	500,000			2	500,000
9月	3	750,000			3	750,000	1	80,000	4	830,000
10月	3	750,000	1	80,000	4	830,000	1	80,000	3	580,000
11月	2	500,000	1	80,000	3	580,000	2	160,000	5	910,000
12月	3	750,000			3	750,000			2	500,000
1月	2	500,000			2	500,000			3	750,000
2月	3	750,000			3	750,000	1	80,000	4	830,000
3月	3	750,000			3	750,000			3	1,500,000
賞与額	3月	1,500,000			3	1,500,000			3	0
賞与額	3月				3				3	
計		1,500,000			3				3	
合計		9,750,000			3				3	

※交通費（定期代）を別途、現金や現物を支給している場合は、必ず賃金額に合算してください。

※注意
(1)の常用労働者と、
(5)の被保険者の人数が、相違する場合は、理由をお知らせください。
(4)パート・アルバイトを含む
全労働者の賃金を記入ください
※事業主、役員など使用者は含みません。

2. 雇用保険対象被保険者数及び賃金									
(5) 被保険者					(6) 役員で被保険者扱いの者				
(7) 作成者氏名を記入ください。									
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
5	750,000			5	750,000				
3	750,000			3	750,000				
3	750,000			3	750,000				
3	750,000			3	750,000				
2	500,000			2	500,000				
3	750,000			3	750,000				
3	750,000			3	750,000				
2	500,000			2	500,000				
3	750,000			3	750,000				
3	750,000			3	750,000				
3	1,500,000			3	1,500,000				
	1,500,000				1,500,000				
9,750,000				0					

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
	大阪 太郎（日額変更例）	140 00	12 12	50 00			00		00
	大阪 次朗（脱退例）	35 00	12 0	00					00
	志賀 健	100 00	12 12	100 00					00
(前年と同じ日額で継続する場合) ↑									00

今年度の希望基礎日額をご記入ください。

上記のとおり報告します。
令和 年 月 日
事業主氏名

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
		00		00			00		00
				00					00
				00					00
				00					00
		00		00					00

事業所名、事業主名を記入ください。

記名押印又は署名

7. 予備欄

事務組合費	会費	顧問報酬
1期		
2期		
3期		

出向者 2名あり

※他社への出向者の人数は空いている箇所へ記入ください。