

健康保険
被保険者報酬月額算定基礎届
総括表

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係

記入上の注意

(ア) 欄は未記入に、欄は、現在の事業の主たる種類を総括表附表(裏面)「業態分類番号一覧」を参照してご記入願います。また、この一年間に事業の種類に変更があった場合は、「有」を、「無」を囲んでください。
 (イ) 欄について、この用紙で不足する場合は、適宜用紙を補って記入し、本紙に添付してください。なお、当組合で頒布した被保険者名簿を添付してもかまいません。
 (ウ) 「総括表」には、事業主印の押印は不要です。

事業所記号	適用年度	算定完了年月日			事業の種類(変更の有無)	
	30年度	年 月 日			業(有・無)	
本年6月1日から7月1日までに被保険者になった人	算定基礎届に記載されている人	7月に月額変更する人	8月に月額変更する人 予定者は()書き で再掲	9月に月額変更する人 予定者は()書き で再掲	7月1日現在の被保険者数 + + + + (予定者除く)	
			()	()		
報酬の支払状況欄						
給与支払日		日締切(当月・翌月) 日払い		(役員・正職員・パート、アルバイト等)		
		日締切(当月・翌月) 日払い		(役員・正職員・パート、アルバイト等)		
昇給・支払月(ベア含む)		年 回	月払い	月さかのぼり	昇給月の変更の有無 有・無	
報酬の種類(現在支給している給与等を で囲むか、記入してください。)					左の報酬を届に含めて いる ない	
固定的賃金		基本給(月給・日給・時間給など) 家族手当 住宅手当、役付手当、通勤手当、その他()				
非固定的賃金		残業手当、歩合給、宿日直手当、皆勤手当、 その他()				
現 物	通勤定期券など	定期券(1箇月・3箇月・6箇月) 通勤回数乗車券				
	食事、住宅、その他	食事(朝、昼、夜) 住宅 被服 その他()				
賞与など		賞与、期末手当、決算手当などの支払月			変更前の賞与支払予定月	直近の賞与支払月
		年 回(月 月 月 月) 賞与などの支払月の変更の有無 有・無			備 考	
7月1日現在、賃金・報酬を支払っている人のうち被保険者となっていない人		60歳未満の人	60歳以上の人	合計人数		
		人	人	人		
社会保険労務士の 提出代行者印	名称				令和 年 月 日提出	
	所在地				[受付日付印]	
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
電話番号						

**健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届
総括表附表（雇用に関する調査票）**

事業所記号

1. 7月1日現在で、右の1～4のうち該当する区分に をつけてください。

- | |
|--|
| 1. 法人事業所（短時間適用拡大対象）
2. 法人事業所（短時間適用拡大対象以外）
3. 国・地方公共団体に属する適用事業所
4. 個人事業所 |
|--|

2. 7月1日現在、賃金・報酬を支払っている人の人数を記入してください。

人

3. 就業規則等で定めている一般従業員の勤務状況を記入してください。

1か月の勤務日数	1週の勤務時間
日	時間

4. 7月1日現在、賃金・報酬を支払っている人のうち被保険者となっていない人の内訳を記入してください。
（健康保険組合又は厚生年金保険のいずれにも加入していない人の人数を記入してください。）

雇用形態	人 数				平均的な勤務状況		
	59歳以下	60～69歳	70歳以上	合 計	1か月の勤務日数	1週の勤務時間	勤務（契約）期間
1週の勤務時間 30時間以上	人	人	人	人	日	時間	か月・定めなし
1週の勤務時間 20時間以上30時間 未満	人	人	人	人	日	時間	か月・定めなし
1週の勤務時間 20時間未満	人	人	人	人	日	時間	か月・定めなし
外国人労働者	人	人	人	人	日	時間	か月・定めなし
その他 （役員・嘱託等）	人	人	人	人	日	時間	か月・定めなし
後期高齢者医療制度 に加入している人	人						

注1： 該当者がいない場合は、合計欄に0人と記入してください。
注2： ～ 欄については、「外国人労働者」を除いた人数を記入してください。

5. 請負契約をしている人、派遣労働者、被保険者のうち海外で勤務している人について記入してください。

請負契約をしていて、自社の施設等を利用し業務を行わせている人がいる。	いない ・ いる（ 人）
派遣業者から派遣されている労働者がいる。	いない ・ いる（ 人）
海外（子会社等）で勤務している人がいる。	いない ・ いる（ 人）

6. 7月1日現在の事業所の適用形態について記入してください。

(ア) 支社（店）工場、出張所など複数の事業所を有している。 （貴事業所が支社等の場合は、「いいえ」に を付けてください。）	はい ・ いいえ
(イ) 上記 で「はい」と回答された場合に記入してください。	
支社（店）工場、出張所などの総数。	_____ 箇所
複数の事業所は、それぞれ事業所単位で適用されている。	はい ・ いいえ

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

令和 年 月 日提出
[受付日付印]

提出上の注意
・ 算定基礎届を提出する際に、総括表と同時に提出してください。
・ 該当者がいない場合でも提出してください。

健康保険及び厚生年金保険の業態分類番号一覧

業態 番号	業 態	業態 番号	業 態
01	農林水産業	22	無店舗小売業
02	鉱業・採石業・砂利採取業	23	金融・保険業
03	総合工事業（土木・建築・舗装等）	24	不動産業
04	職別工事業（大工・内装・とび等）	25	物品賃貸業
05	設備工事業（電気工作物・給排水等）	26	学術研究機関
06	食料品・たばこ製造業	27	専門・技術サービス業
07	繊維製品製造業	28	飲食店
08	木製品・家具等製造業	29	宿泊業
09	紙製品製造業	30	対個人サービス業
10	印刷・同関連産業	31	娯楽業
11	化学工業・同類似業	32	教育・学習支援業
12	金属工業	33	医療業・保健衛生
13	機械器具製造業	34	社会保険・社会福祉・介護事業
14	その他の製造業	35	複合サービス業
15	電気・ガス・熱供給・水道業	36	職業紹介・労働者派遣業
16	情報通信業	37	その他の対事業所サービス業
17	道路貨物運送業	38	修理業
18	その他の運輸業	39	廃棄物処理業
19	卸売業	40	政治・経済・文化団体
20	飲食料品以外の小売業	41	その他のサービス業
21	飲食料品小売業	42	公務