

支払報酬内訳書

※ この内訳書は、被保険者加入申請の際の「被保険者資格取得届」に必ず添付してください。

令和 年 月 日

記 号 : _____

事業所名 : _____

被保険者証 の 番 号				
氏 名				
基 本 給	円	円	円	円
交 通 費	有・無 円	有・無 円	有・無 円	有・無 円
残 業 手 当	有・無 円	有・無 円	有・無 円	有・無 円
家 族 手 当	円	円	円	円
その他、役付・精 皆勤手当等の合計	円	円	円	円
計	円	円	円	円
種 別	役員・月給・日給・時給	役員・月給・日給・時給	役員・月給・日給・時給	役員・月給・日給・時給
日給・時給の場合	日給・時給 円 稼働時間 h/日 稼働日数 日/月	日給・時給 円 稼働時間 h/日 稼働日数 日/月	日給・時給 円 稼働時間 h/日 稼働日数 日/月	日給・時給 円 稼働時間 h/日 稼働日数 日/月
備 考				

〈記入上の注意〉

被保険者の報酬は、現金給付や保険料計算の基礎となる重要なものです。被保険者に対して支給する給与の1カ月の見込み額をご記入ください。

金額の記載については、交通費や残業手当（見込額）などを含めた総支給額を届け出てください。支給がない場合は0円と記入してください。