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

事業所記号：

事業所名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者整理番号 |  |  |  |  |
| 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。