

食事・住宅・定期券等通貨以外のものをご記入ください。通貨以外のものは「厚生労働大臣が定める現物給与の価格」に基づいて換算してください。

各月給与の支払いの対象となった日数をご記入ください。月給者は暦日数、時給・日給者は出勤日数になります。ただし月給者でも欠勤分だけ給与が差し引かれる方は、就業規則等に定められた日数より欠勤日数を除いた日数になります。

固定・非固定的賃金関係なくすべての金銭の額をご記入ください。  
(昇給が遡った場合なども、その額を含めてご記入ください。また備考欄にもその旨をご記入ください。)

報酬の支払対象期間が賃金締日の関係で一ヶ月分の給与が支給されない場合、備考欄に「取得日」と「〇月分日割」とご記入ください。なお、その給与支払月を除いた平均額を⑦修正平均額にご記入ください。

被保険者整理番号をご記入ください。

事業所番号をご記入ください。

**ご注意**  
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

健康保険 被保険者報酬月額算定基礎届

事業所番号: 180 WPX 事業所整理番号: 阪基 0238 事業所番号: 101184

被保険者の氏名	生年月日	標準報酬月額	標準報酬月額	標準報酬の改正月	備考
基金 次郎	5 28 05 02	260	260		
基金 花子	5 59 05 06	118	118		
大薬 三郎	5 50 10 09	260	260		
年金 一郎	7 02 11 29	220	220		

事業所: 〒540 0037 大阪市中央区内平野町3-2-5  
大阪薬業厚生年金基金  
理事長 薬業 一郎  
電話: 06 (6945) 1021

事業主印:

支払基礎日数が17日以上月の合計をご記入ください。ただし、短時間就労者で全ての月の支払基礎日数が17日未満の場合は、15日以上月の報酬の合計をご記入ください。

備考欄: 現物支給の名称、休職、一時帰休、パート(短時間就労者)等をご記入ください。

②を支払基礎日数17日以上で割った額で1円未満切り捨ての額をご記入ください。ただし、短時間就労者で全ての月の支払基礎日数が17日未満の場合は、15日以上で割った額をご記入ください。

年間報酬の平均で算定することの申し立てを行う場合「年間平均」とご記入ください。この場合(様式1)及び(様式2)を添付してください。なお、(様式2)の【標準報酬月額と比較欄】の「修正平均額」を算定基礎届の⑦修正平均額にご記入ください。

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。