

事業所番号をご記入ください。

- ㊦：本年6月1日以降に加入員になられた人数。
- ㊧：7月1日現在の加入員数。
- ㊨：6月1日以降に加入員になられた方は、算定基礎の届出が不要のため㊦-㊧が届出者数になります。

昇給の回数、昇給月をご記入ください。

賞与の支給回数、支給月をご記入ください。

8月・9月に月額変更する予定の人の整理番号・氏名をご記入ください。書ききれない場合は、裏面をご使用ください。

大阪薬業 厚生年金基金 算定基礎届 総括表

基金事業所番号 101184

④ 総合調整又は会社検査記録年度年月日 ⑤ 変更前の業種区分 業種 ⑥ 事業の種類(変更の有無) 厚生年金基金 (有)

⑦ 本年6月1日から7月1日まで(上管理年度) ⑧ 7月1日現在の加入員総数 ⑨ 前引届出者数(7月1日現在) ⑩ 7月に月額変更する人数 ⑪ 8月に月額変更する人数

⑦ 1 ⑧ 35 ⑨ 34 ⑩ 3 ⑪ 1 ⑫ 1

報酬の支払状況欄

⑬ 給与の支払日 末 ⑭ 昇給月 1回 4月 月 月 月 月 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○でかこんだりまたは記載したりすること) 左の報酬を届に含めている いない

⑮ 固定的金 基本給、月給、日給、時間給など 家族手当、住宅手当、
 ⑯ 受付手当、物価手当、通勤手当、その他()
 ⑰ 非固定的金 遺棄手当、宿日直手当、啓勤手当、生産手当、
 その他()

⑱ 賞与など 賞与、期末手当、決算手当などの支給月 変更の有無
 年 2回 (6月12月 月 月) 有・無

⑲ 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 ⑳ 8月に月額変更する予定者氏名 ㉑ 9月に月額変更する予定者氏名

⑲ 0 ⑳ 0 ㉑ 0

㉒ 8月 整理番号 氏名 ㉓ 9月 整理番号 氏名

80 大薬 花子 90 基金 一郎

事業所所在地 大阪市中央区内平野町3-2-5
 事業所名称 大阪薬業厚生年金基金
 事業主氏名 理事長 薬業 一郎 (事業主印)
 電 話 06-6945-1021

平成 年 月 日 提出
 受付日付印

現在行っている事業の種類を具体的にご記入ください。

- ㊫：7月の月額変更者数。
- ㊬：8月の月額変更予定者数。
- ㊭：9月の月額変更予定者数。

支給されている報酬の種類を○で囲むか、記載してください。またその報酬が算定基礎届に含まれているかどうか○印を付してください。

本年7月1日現在、賃金・報酬を支払っている人のうち加入員となっていない人の人数をご記入ください。