

健康保険被保険者報酬 月額算定基礎届 総括表
 月額変更届

事業所記号	担当者名	届出人数	_____人
昇給した月	_____月 _____月 _____月		
支払開始になった月	_____月 _____月 _____月		
給与の支払日	時給者・日給者	毎月_____日締切	当月・翌月_____日支払
	月給者	毎月_____日締切	当月・翌月_____日支払
報酬の種類(現在支給している給与等を○で囲んでください。)		左記報酬を届に含めて	
固定的賃金	基本給(月給・日給・時給)、家族手当、住宅手当、 役職手当、通勤手当、役員報酬、 その他(_____)	いる・いない ※いない報酬を記載 (_____)	
非固定的賃金	残業手当、宿日直手当、皆勤手当、共済推進手当、 その他(_____)	いる・いない ※いない報酬を記載 (_____)	
現物給与	住宅	_____人	※該当者がいる場合は住宅現物対象者報告書を添付してください
	食事	_____人	
年金負担割合	【事業主】：【被保険者】 : ※通常の折半であれば50:50と記入してください		
年4回以上支給される同一性の賞与	有(該当する賞与 _____) : 無 ※有の場合: _____月 _____月 _____月 _____月 _____月		

《下記に該当する方がいる場合は☑をつけ、別紙へ記入し提出してください。》

- 算定基礎届の支払基礎日数が全て17日未満の方
- 休職者で基礎月の全てが無給又は賃金カットを受けている方
- 令和2年8月・9月のいずれかで随時改定の対象となる方
 ※なお、8月又は9月になって実際に支払を受けた報酬で計算したところ、随時改定に該当しない場合は、その時点で算定基礎届の提出が必要となります。

(別紙 有 ・ 無)

令和 _____年 _____月 _____日

事業所の所在地
 事業所名称
 事業主名