

正

健康保険 厚生年金保険 被保険者報酬月額算定基礎届

Main form containing employee details, insurance status, and monthly wage calculation tables for multiple employees.

社会保険労務士記載欄 (Social Insurance Labor Consultant Record Field)

年月日提出 (Submitted on month/year/day)

受付日付印 (Stamp of receipt date)

事業所所在地、名称、事業主氏名、電話 (Business address, name, owner name, phone)

社保委員等の検印 (Seal of Social Insurance Committee members)

印欄は、記入しないでください。記入方法は2枚目の厚紙の裏面に書いてありますから、よく読んでください。