様式第十九号(1)(第百四十九条関係)

健康保険印紙受払等報告書(介護保険第2号被保険者非該当者用)

印紙購入通帳番号		(令和　年　月分)	健康保険組合等	名称	
事業所整理記号		事業の種類		保険者番号	

日雇労働者		本月中の延人員	4月からの本月までの延人員	健康保険印紙受払状況等	級別	前月末の健康保険印紙の保有枚数	本月に購入した健康保険印紙の枚数	本月中に貼り付けた健康保険印紙の枚数	本月末の健康保険印紙の保有枚数	4月から本月までの印紙貼り付け枚数の合計(4月から翌年3月まで)	現金納付保険料内訳(賞与に関する保険料を除く)
	適用除外	人	人		(第1級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
賃金日額別日雇特例被保険者	3,500円未満　(第1級)	人	人		(第2級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	3,500円以上5,000円未満(第2級)	人	人		(第3級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	5,000円以上6,500円未満(第3級)	人	人		(第4級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	6,500円以上8,000円未満(第4級)	人	人		(第5級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	8,000円以上9,500円未満(第5級)	人	人		(第6級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	9,500円以上12,000円未満(第6級)	人	人		(第7級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	12,000円以上14,500円未満(第7級)	人	人		(第8級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	14,500円以上17,000円未満(第8級)	人	人		(第9級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	17,000円以上19,500円未満(第9級)	人	人		(第10級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	19,500円以上23,000円未満(第10級)	人	人		(第11級)	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	23,000円以上　(第11級)	人	人		計	枚	枚	枚	枚	枚	人日
	計	人	人								
	本月中に日雇特例被保険者に支払った賃金総額	円			現金納付保険料(賞与に関する保険料を除く)	本月中の現金納付保険料延納付日数	人日	左欄の4月から本月までの累計(4月から翌年3月まで)	人日		
備考											

この報告は、事実と相違ありません。

令和　年　月　日

年金事務所長殿

事業所　名　称
所在地
事業主の氏　名
電話番号

(注)　健康保険組合等の名称・保険者番号は、加入している健康保険組合等の本部の名称・保険者番号を記入すること。

本手続は電子申請による報告も可能であること。なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本報告書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本報告書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができること。

備考　この用紙の大きさは、A列4番とする。