

## 算定磁気媒体届書 補足一覧表

事業所記号	
-------	--

被保険者 番号	被保険者 氏名	1	2	3	備考
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( 月)	

\*該当する項目にチェックを入れてください。

1. 固定給の変動による等級差でない場合
2. 支払基礎日数が17日未満の場合
3. 月変予定の場合 (改定月を記入してください)

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	

/