

※														※種 別				※ 整 理 番 号				※																	
支払を受ける者														※区分				(受給者番号)																					
														住 所				(個人番号)																					
																		(役職名)																					
																		(フリガナ)																					
				氏 名																																			
種 別				支 払 金 額				給与所得控除後の金額 (調 整 控 除 後)				所得控除の額の合計額				源泉徴収税額																							
給 与 ・ 賞 与				内 千 円				千 円				内 千 円				千 円				内 千 円																			
(源泉)控除対象配偶者の有無等				配偶者(特別)控 除 の 額				控除対象扶養親族の数 (配偶者を除く。)				16歳未満扶養親族の数				障害者の数 (本人を除く。)				非居住者である親族の数																			
有 従有								特定 老人 その他 特親				16歳未満扶養親族の数				特別 その他																							
特定親族特別控除の額				社会保険料等の金額				生命保険料の控除額				地震保険料の控除額				住宅借入金等特別控除の額																							
内 千 円				千 円				千 円				千 円				千 円				千 円																			
(摘要)																																							
生命保険料の金額の内訳																																							
新生命保険料の金額				円				旧生命保険料の金額				円				介護医療保険料の金額				円				新個人年金保険料の金額				円				旧個人年金保険料の金額				円			
住宅借入金等特別控除適用数				居住開始年月日(1回目)				年 月 日				住宅借入金等特別控除区分(1回目)				住宅借入金等年末残高(1回目)																							
住宅借入金等特別控除の額の内訳				円				居住開始年月日(2回目)				年 月 日				住宅借入金等特別控除区分(2回目)				住宅借入金等年末残高(2回目)																			
(源泉・特別)控除対象配偶者				(フリガナ)氏名				区分				配偶者の合計所得				国民年金保険料等の金額				円				旧長期損害保険料の金額				円											
個人番号																基礎控除の額				円				所得金額調整控除額				円											
控除対象扶養親族				1 (フリガナ)氏名				区分				16歳未満の扶養親族				1 (フリガナ)氏名				区分				5人目以降の控除対象扶養親族等の個人番号															
				個人番号												個人番号																							
				2 (フリガナ)氏名				区分								2 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
				3 (フリガナ)氏名				区分								3 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
				4 (フリガナ)氏名				区分								4 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
未成年者				外国 死亡退職 災害者 乙欄 本人が障害者 特別 その他 寡婦 ひとり親 勤労学生				中途就・退職				受給者生年月日																											
																就職 退職 年 月 日				元号 年 月 日																			
支払者				個人番号又は法人番号												(右詰で記載してください。)																							
				住所(居所)又は所在地																																			
				氏名又は名称												(電話)																							
(摘要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。																																							

※														※種 別				※ 整 理 番 号				※																	
支払を受ける者														※区分				(受給者番号)																					
														住 所				(個人番号)																					
																		(役職名)																					
																		(フリガナ)																					
				氏 名																																			
種 別				支 払 金 額				給与所得控除後の金額 (調 整 控 除 後)				所得控除の額の合計額				源泉徴収税額																							
給 与 ・ 賞 与				内 千 円				千 円				内 千 円				千 円				内 千 円																			
(源泉)控除対象配偶者の有無等				配偶者(特別)控 除 の 額				控除対象扶養親族の数 (配偶者を除く。)				16歳未満扶養親族の数				障害者の数 (本人を除く。)				非居住者である親族の数																			
有 従有								特定 老人 その他 特親				16歳未満扶養親族の数				特別 その他																							
特定親族特別控除の額				社会保険料等の金額				生命保険料の控除額				地震保険料の控除額				住宅借入金等特別控除の額																							
内 千 円				千 円				千 円				千 円				千 円				千 円																			
(摘要)																																							
生命保険料の金額の内訳																																							
新生命保険料の金額				円				旧生命保険料の金額				円				介護医療保険料の金額				円				新個人年金保険料の金額				円				旧個人年金保険料の金額				円			
住宅借入金等特別控除適用数				居住開始年月日(1回目)				年 月 日				住宅借入金等特別控除区分(1回目)				住宅借入金等年末残高(1回目)																							
住宅借入金等特別控除の額の内訳				円				居住開始年月日(2回目)				年 月 日				住宅借入金等特別控除区分(2回目)				住宅借入金等年末残高(2回目)																			
(源泉・特別)控除対象配偶者				(フリガナ)氏名				区分				配偶者の合計所得				国民年金保険料等の金額				円				旧長期損害保険料の金額				円											
個人番号																基礎控除の額				円				所得金額調整控除額				円											
控除対象扶養親族				1 (フリガナ)氏名				区分				16歳未満の扶養親族				1 (フリガナ)氏名				区分				5人目以降の控除対象扶養親族等の個人番号															
				個人番号												個人番号																							
				2 (フリガナ)氏名				区分								2 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
				3 (フリガナ)氏名				区分								3 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
				4 (フリガナ)氏名				区分								4 (フリガナ)氏名				区分																			
				個人番号												個人番号																							
未成年者				外国 死亡退職 災害者 乙欄 本人が障害者 特別 その他 寡婦 ひとり親 勤労学生				中途就・退職				受給者生年月日																											
																就職 退職 年 月 日				元号 年 月 日																			
支払者				個人番号又は法人番号												(右詰で記載してください。)																							
				住所(居所)又は所在地																																			
				氏名又は名称												(電話)																							
(摘要)に前職分の加算額、支払者等を記入してください。																																							