

・給与所得の源泉徴収票の場合

令和 年分 給与所得の源泉徴収票											
支払を受ける者	住所又は事務所	(受給者番号)			[個人番号]						
		[役職名]			氏 [フリガナ]			名			
種別		支払金額			給与所得控除後の金額			源泉徴収額の合計額		源泉徴収税率	
		円			円			円		%	
〔源泉〕控除対象配偶者の有無等	配偶者(特別)控除の有無	控除対象扶養親族の数			5歳未満扶養親族の数	障害者の数 (本人を除く。)		家族仕事 である 親族の数			
		有	無	有		無	有	無	有	無	有
社会保険料等の金額		生命保険料の控除額			医療保険料の控除額		住宅借入金等特別控除の額				
円		円			円		円				
(摘要)											
生命保険料の金額の内訳		新学舎保険料の金額		円	円	介護医療保険料の金額		円	国民年金保険料の金額		円
住宅借入金等特別控除の内訳		住宅借入金等特別控除額(1)の金額		円	円	住宅借入金等特別控除額(2)の金額		円	住宅借入金等特別控除額(3)の金額		円
源泉・特別控除対象配偶者	(フリガナ) 氏名	区分			障害者の合計所得	国民年金保険料等の金額		国民年金保険料等の金額			
	個人番号					円	円				
控除対象扶養親族	(フリガナ) 氏名	区分			5歳未満の扶養親族	(フリガナ) 氏名		区分			
	個人番号					(フリガナ) 氏名		区分			
	(フリガナ) 氏名	区分				(フリガナ) 氏名		区分			
	個人番号					(フリガナ) 氏名		区分			
未成年者	外国人	死に傷者	乙	本人が障害者	その他	中絶後・退席		受給者生年月日			
				病者	一 等	就職 退職 年 月 日		前 大 昭 平 年 月 日			
支払者	個人番号又は個人番号							[任意で記載してください。]			
	住所(届出)又は所在地										
氏名又は名称							(署名)				
署名欄							375				