

6 給与支払報告書(個人別明細書)

市区町村番号: _____ 支払者名: _____ 住所: _____ 氏名: _____

受給者生年月日: _____ 受給者住所(住所)又は所在地: _____ 受給者氏名又は名称: _____

支払を受ける者	住所	氏名	所得控除の額の合計額	源泉徴収額
			円	円

支給を受ける者	住所	氏名	所得控除の額の合計額	源泉徴収額	社会保険料等		生命保険料等		雑所得		退職給付	
					控除額	金額	金額	金額	金額	金額	金額	金額

(摘要) には前欄等の加算額、支払者等を記入して下さい。(電話) _____

五〇万円を超え半額に達してないこと。支払者(個人)は五〇万円を超え半額に達してないこと。(市区町村提出用)

令和5年分 給与所得の源泉徴収票

住所又は居所 支払を受ける者 (受給者番号) (氏名) (フリガナ) (住所) (フリガナ) (電話番号)

種別 支払金額 源泉徴収税額 所得控除の額の合計額 源泉徴収税額 控除対象扶養親族の数 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

(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。) 障害者の数 (本人を除く。) 非居住者である親族の数

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

(概要) 新生命保険料の金額 旧生命保険料の金額 介護医療保険料の金額 新個人年金保険料の金額 旧個人年金保険料の金額 旧長期損害保険料の金額 所得金額 調整控除額

住所又は居所 支払を受ける者 (受給者番号) (氏名) (フリガナ) (住所) (フリガナ) (電話番号)

種別 支払金額 源泉徴収税額 所得控除の額の合計額 源泉徴収税額 控除対象扶養親族の数 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

(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。) 障害者の数 (本人を除く。) 非居住者である親族の数

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

(概要) 新生命保険料の金額 旧生命保険料の金額 介護医療保険料の金額 新個人年金保険料の金額 旧個人年金保険料の金額 旧長期損害保険料の金額 所得金額 調整控除額

令和5年分 給与所得の源泉徴収票

住所又は居所 支払を受ける者 (受給者番号) (氏名) (フリガナ) (住所) (フリガナ) (電話番号)

種別 支払金額 源泉徴収税額 所得控除の額の合計額 源泉徴収税額 控除対象扶養親族の数 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

(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。) 障害者の数 (本人を除く。) 非居住者である親族の数

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

(概要) 新生命保険料の金額 旧生命保険料の金額 介護医療保険料の金額 新個人年金保険料の金額 旧個人年金保険料の金額 旧長期損害保険料の金額 所得金額 調整控除額

(税務署提出用)