

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

AYLIK FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI

PRİM BELGESİ

5510 Sayılı Kanunun Yürürlüğe girdiği tarihten sonra
4.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında ilk defa
sigortalı olacaklar için

NOT: Birinci sayfanın açıklamalarına göre doldurulacaktır.

(1) İŞYERİ SİCİL NUMARASI

SAYMANLIK VE KURUM NUMARASI												İL KODU	İLÇE KODU	ÜNİTE KODU ESKİ	YENİ	

(2) BELGENİN

Ait Olduğu	YIL AY	
Mahiyeti	Asıl <input type="checkbox"/>	Ek <input type="checkbox"/> İptal <input type="checkbox"/>
Belge Türü		
Toplam Sayfa Sayısı (Bu sayfa dahil)		
Sayfa No		

(3) İŞVERENİN ADI

(5) BAĞLI OLDUĞU SAYMANLIK

Adı	İlçe:..... İl:.....
.....	
.....	
.....	
.....	

(7) AY İÇERİSİNDE ÇALIŞTIRILAN SİGORTALILARIN

Sıra No	TC NO	Emekli Sicil No	Adı Soyadı	Ünvanı	Fiili Hizmet Süresi Zammı Kodu	Derece	Kademe	Ek Gösterge	Prime Esas Kazanç Toplamı	Prim Ödeme Gün Sayısı	FHZ Gün Sayısı	Fiili Hizmet Süresi Zammı Prim Tutarı
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

BU SAYFADAKİ SİGORTALI SAYISI TOPLAMI

ÖNCEKİ SAYFADAN DEVİRLER

BU SAYFA DAHİL TOPLAM SİGORTALI SAYISI

BU SAYFADAKİ PRİM TOPLAMLARI

ÖNCEKİ SAYFADAN DEVİRLER

BU SAYFA DAHİL TOPLAMLAR

(8) İşyeri Onayı

.....Sayfadan ibaret bu belgede yazılı bilgilerin işyeri kayıtlarına uygun olduğunu ve Prime Esas Kazançlarının mevzuata uygun olarak tespit edildiğini beyan ve kabul ederiz	
İşveren	Tahakkuk ve Tediye İle İlgili Kamu Görevlisi
İşveren veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi	Tahakkuk ve Tediye İle İlgili Kamu Görevlisinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi

(9) Saymanlık Onayı

Adı-Soyadı İmza, Mühür veya Kaşesi

(10) Kuruma Verildiği

Tarih/...../.....

(11) Kurum Ünitesi

5510 Sayılı Kanunun 40. ve 86. Maddeleri gereğince İşveren tarafından düzenlenip/...../..... Tarihinde Kurumumuza verilmiştir. Ünitenin Kaşesi ve İlgili Memurun Parafı
--

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

AYLIK FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI

PRİM BELGESİ

5510 Sayılı Kanunun Yürürlüğe girdiği tarihten sonra
4.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında ilk defa
sigortalı olacaklar için

NOT: Birinci sayfanın açıklamalarına göre doldurulacaktır.

(1) İŞYERİ SİCİL NUMARASI

SAYMANLIK VE KURUM NUMARASI												İL KODU	İLÇE KODU	ÜNİTE KODU ESKİ	YENİ

(2) BELGENİN

Ait Olduğu	YIL AY	
Mahiyeti	Asıl <input type="checkbox"/>	Ek <input type="checkbox"/> İptal <input type="checkbox"/>
Belge Türü		
Toplam Sayfa Sayısı (Bu sayfa dahil)		
Sayfa No		

(3) İŞVERENİN ADI

(5) BAĞLI OLDUĞU SAYMANLIK

Adı	İlçe:..... İl:.....
.....	
.....	
.....	
.....	

(7) AY İÇERİSİNDE ÇALIŞTIRILAN SİGORTALILARIN

Sıra No	TC NO	Emekli Sicil No	Adı Soyadı	Ünvanı	Fiili Hizmet Süresi Zammı Kodu	Derece	Kademe	Ek Gösterge	Prime Esas Kazanç Toplamı	Prim Ödeme Gün Sayısı	FHZ Gün Sayısı	Fiili Hizmet Süresi Zammı Prim Tutarı
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

BU SAYFADAKİ SİGORTALI SAYISI TOPLAMI

ÖNCEKİ SAYFADAN DEVİRLER

BU SAYFA DAHİL TOPLAM SİGORTALI SAYISI

BU SAYFADAKİ PRİM TOPLAMLARI

ÖNCEKİ SAYFADAN DEVİRLER

BU SAYFA DAHİL TOPLAMLAR

(8) İşyeri Onayı

.....Sayfadan ibaret bu belgede yazılı bilgilerin işyeri kayıtlarına uygun olduğunu ve Prime Esas Kazançlarının mevzuata uygun olarak tespit edildiğini beyan ve kabul ederiz	
İşveren	Tahakkuk ve Tediye İle İlgili Kamu Görevlisi
İşveren veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi	Tahakkuk ve Tediye İle İlgili Kamu Görevlisinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi

(9) Saymanlık Onayı

Adı-Soyadı İmza, Mühür veya Kaşesi

(10) Kuruma Verildiği

Tarih/...../.....

(11) Kurum Ünitesi

5510 Sayılı Kanunun 40. ve 86. Maddeleri gereğince İşveren tarafından düzenlenip/...../..... Tarihinde Kurumumuza verilmiştir. Ünitenin Kaşesi ve İlgili Memurun Parafı
--