

Inkomstregistret
PB 1
00055 INKOMSTREGISTRET

Med denna blankett kan du göra en ny arbetsgivares separata anmälan, rätta en tidigare anmälan eller makulera en tidigare anmälan. Med blanketten kan du anmäla det totala beloppet av arbetsgivarens sjukförsäkringsavgifter som betalas för rapporteringsmånaden och avdrag från detta samt uppgiften "Ingen lönebetalning". Se anvisningen för ifyllande av blanketten.

Fyll i identifieringsuppgifterna i övre kanten på varje sida. Ange alltid **typ av åtgärd**, **anmälningsdag** och **rapporteringsperiod** (månad och år). **Betalarens anmälningsreferens** specificerar anmälan. Om du korrigerar eller makulerar en tidigare anmälan ska du ange referensen för den tidigare anmälan. Om du lämnar en ny anmälan ska du lämna punkten blank. Då bildar inkomstregistret en referens för anmälan. Du kan också skapa referensen själv (se tillättna tecken i ifyllningsanvisningen), men om betalaren inte har någon identifierare ska du lämna punkten tom.

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------|----|
| Typ av åtgärd | Anmälningsdag (ddmmåååå) | Rapporteringsmånad | År |
| Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/> | | | |
| Betalarens anmälningsreferens (obligatorisk om du korrigerar eller makulerar en tidigare anmälan) | | | |
| | | | |

1. BETALARE

Ange det finska **FO-numret** eller den finska **personbeteckningen** för utbetalaren av lönen eller en annan prestation. Om du anger en utländsk identifierare ska du ange **företagets namn** eller **personens namn** och **födelsedatum**, **identifierare**, **typ av identifierare**, **landskod** samt **adress**. Om du väljer "Betalaren har ingen identifierare" ska du ange **företagets namn** eller **personens namn** och **födelsedatum** samt **adress**. Markera dessutom om det fråga om ett hushåll, hushåll i arbetsgivarring eller båda. Ange även kontaktpersonens namn och telefonnummer för eventuella kontakter.

| | | | |
|--|--|---|--|
| Företagets namn | | | |
| | | | |
| Förnamn | Efternamn | Födelsedatum (ddmmåååå) | |
| | | | |
| Betalarens FO-nummer, personbeteckning eller annan identifierare | | Utbetalare av prestationer är (fyll i endast om du är en av nedan nämnda) | |
| | | hushåll <input type="checkbox"/> hushåll i arbetsgivarring <input type="checkbox"/> | |
| Typ av identifierare | | | |
| Finländskt FO-nummer <input type="checkbox"/> | Finländsk personbeteckning <input type="checkbox"/> | Momsnummer (VAT) <input type="checkbox"/> | GIIN-nummer <input type="checkbox"/> |
| Skattenummer (TIN) <input type="checkbox"/> | Handelsregisternummer <input type="checkbox"/> | Utländskt FO-nummer <input type="checkbox"/> | Utländsk personbeteckning <input type="checkbox"/> |
| Annan beteckning <input type="checkbox"/> | Betalaren har ingen identifierare <input type="checkbox"/> | | |
| Identifierarens landskod (se anvisningen) | | Landets namn, om landskod inte finns | |
| | | | |
| Gatuadress | | Husnummer | Trappa Lägenhet |
| | | | |
| Postbox (PB) | Postnummer | Postkontor | |
| | | | |
| Adressens landskod (se anvisningen) | | Landets namn, om landskod för adressen inte finns | |
| | | | |
| Kontaktpersonens namn | | Kontaktpersonens telefonnummer | |
| | | | |

61031

TULOR 6103r 1.2023 (sida 1/2)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

| | | | |
|--|-------------------------|--------------------|----|
| Typ av åtgärd | Anmälningdag (ddmmåååå) | Rapporteringsmånad | År |
| Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/> | | | |
| Betalarens anmälningsreferens (obligatorisk om du korrigerar eller makulerar en tidigare anmälan) | | | |
| | | | |

61032

Betalarens pensionsförsäkring och arbetsolycksfallsförsäkring

Ange uppgifter om arbetspensionsförsäkring och arbetsolycksfallsförsäkring, om du anger uppgiften Ingen lönebetalning.

| | |
|---|--|
| Arbetspensionsanstaltens bolagskod (endast numret) | Pensionsarrangemangsnummer |
| | |
| Arbetsolycksfallsförsäkringsbolagets identifierare | Arbetsolycksfallsförsäkringens försäkringsnummer |
| | |
| Typ av identifierare för arbetsolycksfallsförsäkringsbolaget | |
| Finländskt FO-nummer <input type="checkbox"/> Momsnummer (VAT) <input type="checkbox"/> GIIN-nummer <input type="checkbox"/> Handelsregisternummer <input type="checkbox"/> | |
| Utländskt FO-nummer <input type="checkbox"/> Annan beteckning <input type="checkbox"/> | |
| Identifierarens landskod (se anvisningen) | Landets namn, om landskod inte finns |
| | |

2. SJUKFÖRSÄKRINGSavgift och UPPGIFTEN INGEN LÖNEBETALNINGAnge **totalbeloppet av arbetsgivarens sjukförsäkringsavgift** för månaden i fråga samt eventuella **avdrag** från sjukförsäkringsavgiften.

| Uppgift som ska anmälas | Belopp | |
|---|--------|------|
| | euro | cent |
| Arbetsgivarens sjukförsäkringsavgift (totalt) | | |
| Avdrag från arbetsgivarens sjukförsäkringsavgift | | |
| Ingen lönebetalning <input type="checkbox"/> Om du anger uppgiften Ingen lönebetalning, ska du inte fylla i eurobeloppen. | | |

3. DATUM OCH UNDERSKRIFT

| | | |
|-------|-----------------------------------|---------------|
| Datum | Underskrift och namnförtydligande | Telefonnummer |
| | | |

Uppgifterna läses optiskt i ifyllnadsfälten i blanketten. Uppgifter som du gett annanstans i blanketten behandlas inte. Använd endast blanketter som skrivits ut ur inkomstregistret.fi, inte kopior av dem. Kopiering kan försämrå kvaliteten på blanketterna så att det inte går att läsa dem optiskt.

