

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 tillåtna 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 uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av 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.

61031

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	

TULOR 6103r 1.2024 (sida 1/2)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

61032

Typ av åtgärd	Anmälningdag (ddmmåååå)	Rapporteringsmånad	År
Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/>			
Betalarens anmälningpreferens (obligatorisk uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av anmälan)			

**Betalarens pensionsförsäkring och arbetsolycksfallsförsäkring** (fyll i endast om du lämnar uppgiften Ingen lönebetalning)

Ange uppgifterna om arbetspensionsförsäkring endast om du har ett försäkringsavtal med en arbetspensionsanstalt. Ange uppgifterna om arbetsolycksfallsförsäkring om du för dina arbetstagare tecknat med fler än en arbetsolycksfallsförsäkring.

Arbetspensionsanstaltens bolagskod (endast numret)	Avtalsarbetsgivarens pensionsarrangemangnummer
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 LÖNEBETALNING**Ange **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.		

TULOR 6103r 1.2024 (sida 2/2)

**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.

