

कर्मचारी राज्य बीमा निगम (विनियम 31-पुरन्तुक द्वितीय)

.....को समाप्त अंशदान अवधि के लिए किए गए अंशदान के अग्रिम भुगतान का विवरण ।
कुल अंशदान की राशि.....रूपये जिसमें.....रूपये नियोजक का शेयर और.....
.....रूपये कर्मचारियों का शेयर है, का निम्न अनुसार भुगतान किया गया :-

क्र सं.	किए गए अग्रिम भुगतान के ब्यौरे	राशि	भुगतान किए गए वास्तविक अंशदान के ब्यौरे	राशि	शेष
1	2	3	4	5	6
		रूपये पैसे		रूपये पैसे.	रूपये पैसे

1. आदिशेष

- | | | | | | |
|-------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|
| 2. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *अप्रैल/ अक्तूबर | _____ | _____ |
| 3. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *मई/नवम्बर | _____ | _____ |
| 4. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *जून/दिसम्बर | _____ | _____ |
| 5. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *जुलाई/फरवरी | _____ | _____ |
| 6. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *अगस्त/जनवरी | _____ | _____ |
| 7. चालान दिनांक : | _____ | _____ | *सितम्बर/मार्च | _____ | _____ |
| जोड़(1) | _____ | _____ | जोड़(2) | _____ | _____ |

अंशदान अवधि के लिए कुल देय :

अग्रिम भुगतान की गई कुल राशि :

शेष

जोड़ (2) किसी भी समय जोड़ (1) से कम नहीं होना चाहिए

* जो लागू न हो उसे काट दें

स्थान : _____

हस्ताक्षर : _____

दिनांक : _____

पद : _____

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation 31 - Second Proviso)

STATEMENT OF ADVANCE PAYMENT OF CONTRIBUTIONS
MADE FOR THE CONTRIBUTION PERIOD ENDED.....

Total contribution amounting to Rs. _____ comprising of _____ Rs.
_____ as employer's share and Rs. _____ as employees' share paid as under :-

Sl. No.	Details of Advance Payment	Amount	Details of actual contribution paid	Amount	Balance
1	2	3	4	5	6
		Rs. P.		Rs. P.	Rs. P.
1.	Opening Balance				
2.	Challan dated _____	_____	*April/ October	_____	_____
3.	Challan dated _____	_____	*May/ November	_____	_____
4.	Challan dated _____	_____	*June/ December	_____	_____
5.	Challan dated _____	_____	*July/ January	_____	_____
6.	Challan dated _____	_____	*August February	_____	_____
7.	Challan dated _____	_____	*September March	_____	_____
	Total (i) _____	_____	Total (ii) Total due for contribution period Total amount paid in Advance	_____	
			Balance		

.....
Total (ii) should not be less than total (i) at any time.

* Strike out which is not applicable

Place _____

Signature _____

Date _____

Designation _____