

Inkomstregistret
PB 1
00055 INKOMSTREGISTRET

Med denna blankett kan du göra en ny anmälan om löneuppgifter, rätta en tidigare anmälan eller makulera en tidigare anmälan. Du kan anmäla prestationer som utbetalats till en inkomsttagare samma betalningsdag. Använd blanketten också i anslutning till utländsk betalare eller inkomsttagare, om du fungerar som ställföreträdande betalare eller ger uppgifter om återkrav eller ogrundad förmån. Se anvisningen för ifyllande av blanketten.

Fyll i identifieringsuppgifterna i övre kanten på varje sida. Ange alltid **typ av åtgärd**, **löneutbetalningsperiod** och **betalningsdag**. **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	Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå–ddmmåååå)	Betalningsdag (ddmmåååå)
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)		

Välj ärende, som anmälan gäller (du kan endast välja ett ärende)
Löneuppgifter <input type="checkbox"/> Ogrundad förmån <input type="checkbox"/> Återkrav <input type="checkbox"/>

1. BETALARE

Ange det finländska **FO-numret** eller den finländska **personbeteckningen** för utbetalaren av lönen eller annan prestation. Ange även typ av identifierare. Om du anger en utländsk identifierare, ska du också ange **företagets namn** eller personens **namn** och **födelsedatum**, **identifierare**, **typ av identifierare** och **landskod**. Om du väljer punkten Betalaren har ingen identifierare, ska du ange företagets **namn** eller personens **namn** och **födelsedatum**. Ange även kontaktpersonens namn och telefonnummer för eventuella kontakter.

Företagets namn		
Förnamn	Efternamn	Födelsedatum (ddmmåååå)
Betalarens FO-nummer, personbeteckning eller annan identifierare		
Typ av identifierare		
Finländskt FO-nummer <input type="checkbox"/>	Finländsk personbeteckning <input type="checkbox"/>	Momsnummer (VAT) <input type="checkbox"/>
Skattenummer (TIN) <input type="checkbox"/>	Handelsregisternummer <input type="checkbox"/>	Utländskt FO-nummer <input type="checkbox"/>
Annan beteckning <input type="checkbox"/>	Betalaren har ingen identifierare <input type="checkbox"/>	GIIN-nummer <input type="checkbox"/>
		Utländsk personbeteckning <input type="checkbox"/>
Identifierarens landskod (se anvisningen)	Landets namn, om landskod inte finns	
Utbetalare av prestationer är (fyll i endast om du är en av nedan nämnda)		
hushåll <input type="checkbox"/>	hushåll i arbetsgivarrikt <input type="checkbox"/>	tillfällig arbetsgivare (Inget ArPL-försäkringsavtal) <input type="checkbox"/>
utländsk arbetsgivare <input type="checkbox"/>	internationell specialorganisation <input type="checkbox"/>	utländsk koncernbolag <input type="checkbox"/>
Kontaktpersonens namn		Kontaktpersonens telefonnummer

61041

TULOR 6104r 1.2024 (sida 1/6)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

Typ av åtgärd	Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå-ddmmåååå)	Betalningsdag (ddmmåååå)
Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/>		
Betalarrens anmälningsreferens (obligatorisk uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av anmälan)		

Betalarens adress Uppge adress om det inte finns finländska beteckningar, om adressen är utländsk eller om du är tillfällig arbetsgivare.

Gatuadress		Husnummer	Trappa	Lägenhet
Postbox (PB)	Postnummer	Postkontor		
Adressens landskod (se anvisningen)		Landets namn om landskod inte finns		

Ställföreträdande betalare Anmäl uppgifterna om den egentliga arbetsgivaren om du fungerar som ställföreträdande betalare.

Jag fungerar som ställföreträdande betalare <input type="checkbox"/>			
Den egentliga arbetsgivarens identifierare	Den egentliga arbetsgivarens namn		
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"/>			
Identifierarens landskod (se anvisningen)	Landets namn, om landskod inte finns		

61042

2. FÖRETRÄDARE

Företrädarens identifierare	Namn			
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"/>				
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 inte finns		

TULOR 6104r 1.2024 (sida 2/6)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

Typ av åtgärd	Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå–ddmmåååå)	Betalningsdag (ddmmåååå)
Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/>	—	
Betalarans anmälningsreferens (obligatorisk uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av anmälan)		

3. INKOMSTTAGARE

Ange löntagarens eller prestationsmottagarens **namn** och dennes finländska **personbeteckning** eller **FO-nummer**. Om inkomstagaren är ett aktiebolag, kommanditbolag, öppet bolag eller någon annan juridisk person ska du alltid ange FO-numret. Om inkomstagaren är en fysisk person som inte har någon finsk personbeteckning, ska du ange dennes **namn**, **födelsedatum**, **kön**, **identifierare**, **typ av identifierare** och **landskod**. Om du väljer alternativet Inkomstagaren har ingen identifierare, ska du ange dennes **namn**, **födelsedatum** och **kön**. Om inkomstagaren är begränsat skattskyldig ska du ange landskoden för inkomstagarens hemviststat, skatteregistreringsnummer (TIN) och adress i hemviststaten. Om hemviststaten inte beviljar skatteregistreringsnummer, ange i stället någon annan motsvarande beteckning i hemviststaten. Om inkomstagaren har blivit pensionerad, ange **giltighetstiden för anställningsförhållandet**. Ange **koden för yrkesklassen** om inkomstagaren är arbetsolycksfallsförsäkrad.

Förnamn	Efternamn	Födelsedatum (ddmmåååå)
Kön		Inkomstagaren är begränsat skattskyldig
Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hemviststatens landskod
Företagets namn (om inkomstagaren är ett företag).		Ja <input type="checkbox"/>
Inkomstagarens finska personbeteckning eller FO-nummer	Annan identifierare för inkomstagaren	
Typ av annan identifierare för inkomstagaren		
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"/>	Inkomstagaren har ingen identifierare <input type="checkbox"/>	
Identifierarens landskod (se anvisningen)	Landets namn, om landskod inte finns	
Inkomstagare är (fyll i endast om inkomstagaren är en av nedan nämnda)		
Sysselsatt med statens sysselsättningsanslag <input type="checkbox"/>	I delägarställning visavi betalaren <input type="checkbox"/>	Nyckelperson <input type="checkbox"/>
Person som arbetar i en gränskommun <input type="checkbox"/>	Delägare <input type="checkbox"/>	Idrottare <input type="checkbox"/>
Person som arbetar utomlands <input type="checkbox"/>	Person som betalas lön från en diplomatisk beskickning <input type="checkbox"/>	Artist <input type="checkbox"/>
Arbetsgivaren betalar skatterna för arbetstagarens räkning (nettolöneavtal) <input type="checkbox"/>	Person som använder fakturerings tjänsten och som inte har FO-nummer <input type="checkbox"/>	
Samfund <input type="checkbox"/>		
Företagare, ingen försäkringsskyldighet enligt FöPL- eller LFöPL <input type="checkbox"/>		
Inkomstagaren har vistats högst 183 dagar i Finland under den tidsperiod som avses i skatteavtalet <input type="checkbox"/>		Skatteavtalsstatens landskod
Inkomstagaren är en utomlands boende hyrd arbetstagare. <input type="checkbox"/>	En utomlands boende hyrd arbetstagares arbetstid i Finland (ddmmåååå–ddmmåååå)	Antal arbetsdagar
Anställningsförhållandet har upphört på grund av pensionering <input type="checkbox"/>	Anställningsförhållandets giltighetstid (ddmmåååå–ddmmåååå)	Kod för yrkeskategori (se koder i anvisningen)
Ja <input type="checkbox"/>	—	<input type="text"/>

61043

TULOR 6104r 1.2024 (sida 3/6)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

Typ av åtgärd			Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå-ddmmåååå)		Betalningsdag (ddmmåååå)
Ny anmälan <input type="checkbox"/>	Ersättande anmälan <input type="checkbox"/>	Makulering av anmälan <input type="checkbox"/>		—	
Betalarans anmälningsreferens (obligatorisk uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av anmälan)					

Inkomstagarens adress i hemviststat Ange adress om inkomstagaren inte har finländsk personbeteckning eller är begränsat skattskyldig.

Gatuadress			Husnummer	Trappa	Lägenhet
Postbox (PB)	Postnummer	Postkontor			
Adressens landskod (se anvisningen)		Landets namn, om landskod inte finns			

Inkomstagarens adress i arbetsstaten Du kan också ange inkomstagarens adress i arbetsstaten.

Gatuadress			Husnummer	Trappa	Lägenhet
Postbox (PB)	Postnummer	Postkontor			
Adressens landskod (se anvisningen)		Landets namn, om landskod inte finns			

Försäkring

Uppge försäkringsuppgifter om inkomstagaren (se anvisningen). I vissa situationer föreligger ingen försäkringsskyldighet. Om inkomstagaren är försäkrad i en annan stat i fråga om vissa försäkringar, anteckna detta i punkten "Omfattas inte av Finlands socialskydd". Om inkomstagaren har frivillig arbetspensionsförsäkring i Finland, anteckna uppgiften om arbetspensionsförsäkring, arbetspensionsbolagets bolagskod och den arbetspensionsförsäkrade inkomstagarens pensionsarrangemangsnummer.

Uppgift om arbetspensionsförsäkring (välj ett av alternativen om inkomstagaren är försäkrad)					
Arbetstagarens arbetspensionsförsäkring <input type="checkbox"/>		Lantbruksföretagares pensionsförsäkring (LFöPL) <input type="checkbox"/>		Företagarens pensionsförsäkring (FöPL) <input type="checkbox"/>	
Arbetspensionsanstaltens bolagskod (endast numret)			En arbetspensionsförsäkrad inkomstagares 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"/>	Handelsregister-nummer <input type="checkbox"/>	Utländskt FO-nummer <input type="checkbox"/>	Annan beteckning <input type="checkbox"/>
Identifierarens landskod (se anvisningen)		Landets namn, om landskod inte finns			
Ingen försäkringsskyldighet för följande försäkringar			Omfattas inte av tillämpningsområdet för Finlands socialskydd		
Arbetspensions-, sjuk-, arbetslöshets-, arbetsolycksfalls- och yrkessjukdomsförsäkring <input type="checkbox"/>			Arbetspensions-, sjuk-, arbetslöshets-, arbetsolycksfalls- och yrkessjukdomsförsäkring <input type="checkbox"/>		
Arbetspensionsförsäkring <input type="checkbox"/>			Arbetspensionsförsäkring <input type="checkbox"/>		
Sjukförsäkring <input type="checkbox"/>			Sjukförsäkring <input type="checkbox"/>		
Arbetslöshetsförsäkring <input type="checkbox"/>			Arbetslöshetsförsäkring <input type="checkbox"/>		
Arbetsolycksfalls- och yrkessjukdomsförsäkring <input type="checkbox"/>			Arbetsolycksfalls- och yrkessjukdomsförsäkring <input type="checkbox"/>		





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

Typ av åtgärd	Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå–ddmmåååå)	Betalningsdag (ddmmåååå)
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)		

4. PRESTATIONER SOM UTBETALATS TILL INKOMSTTAGARE**4A Utbetalda prestationer per inkomstslag**

Uppge specificerat per inkomstslag alla prestationer som har utbetalats till en inkomsttagare samma betalningsdag. Inkomstslag är t.ex. tidlön, telefonförmån och arbetsersättning (se koder i anvisningen). För vissa inkomstslag ska ges tilläggsuppgifter i punkt 4B. Om en försäkringsuppgift om en prestation avviker från det förvalda värdet för inkomstslaget, ge tilläggsuppgifter i punkt 4C. Om anmälan gäller en ogrundad förmån, ge uppgifter om prestationernas inkomstslag.

I internationella situationer anteckna om sexmånadersregeln kan tillämpas. Om sexmånadersregeln kan tillämpas, ge också arbetsstatens landskod. Om anmälan gäller återkrav, uppgive prestationer som återkrävs per inkomstslag och ge tilläggsuppgifter i punkt 4D.

61045

Kod för inkomstslag	Prestationsbelopp		Sexmånadersregeln gäller	Landskod (ange endast om sexmånadersregeln kan tillämpas)
	euro	cent		
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Poster som ska dras av

Uppge nedan angivna poster som ska dras av sammanräknade i alla inkomstslag som specificerats i punkt 4A.

Förskottsinnehållning		Arbetstagarens arbetslöshetsförsäkringspremie		Källskatt		Källskatteavdrag		Arbetstagarens arbetspensionsförsäkringsavgift	
euro	cent	euro	cent	euro	cent	euro	cent	euro	cent

Andra poster som ska dras av

Uppge alla övriga poster som ska dras av från prestationer (se anvisningen), exempelvis ersättning som debiterats naturaförmån.

Inkomstslag för post som ska dras av	euro	cent	Inkomstslag för post som ska dras av	euro	cent

TULOR 6104r 1.2024 (sida 5/6)





Övre delen av blanketten ska fyllas i på varje sida.

Typ av åtgärd	Löneutbetalningsperiod (ddmmåååå-ddmmåååå)	Betalningsdag (ddmmåååå)
Ny anmälan <input type="checkbox"/> Ersättande anmälan <input type="checkbox"/> Makulering av anmälan <input type="checkbox"/>	—	
Betalarens anmälningspreferens (obligatorisk uppgift om typ av åtgärd är ersättande anmälan eller makulering av anmälan)		

4B Tilläggsuppgifter om naturaförmåner och kostnadsersättningar

Om inkomsttagaren har fått bilförmån, skattefri kilometerersättning, dagtraktamente eller andra skattepliktiga naturaförmåner, ge tilläggsuppgifter om dem (se anvisningen). Obs. eurobelopp ifylls endast i punkt 4A.

Bilförmån specificerad**Kilometerersättning (skattefri)**

Typ av bilförmån	Åldersgrupp	Bilens utsläppsvärde	Antal kilometer	Antal kilometer
Fri bilförmån <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			
Bruksförmån av bil <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>			

Dagtraktamenten specificerade

Typ av dagtraktamente	Måltidsersättning <input type="checkbox"/>	Partiellt dagtraktamente <input type="checkbox"/>	Heldags-traktamente <input type="checkbox"/>	Utlandsdag-traktamente <input type="checkbox"/>	Skattefria ersättningar relaterade till arbete i utlandet <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	---	--	---	--

Andra skattepliktiga naturaförmåner specificerade

Typ av förmån	Bostadsförmån <input type="checkbox"/>	Telefonförmån <input type="checkbox"/>	Kostförmån <input type="checkbox"/>	Övriga förmåner <input type="checkbox"/>
---------------	--	--	-------------------------------------	--

KostförmånErsättningen för kostförmån motsvarar beskattningsvärdet **4C Tilläggsuppgifter om prestationer med avvikande försäkringsuppgift**

Om försäkringsuppgiften för en prestation som getts i punkt 4A avviker från det förvalda värdet för inkomstslaget, specificera uppgifterna för inkomstslagen i fråga. (se inkomstslag och deras förvalda värden i anvisningen). Om prestationen betalas enligt det förvalda värdet som antecknats för inkomstslaget, lämna denna punkt tom.

Kod för inkomstslag	Omfattas av socialförsäkringsavgifter	Omfattas av arbetspensionsförsäkringsavgift	Omfattas av sjukförsäkringsavgift	Omfattas av arbetslöshetsförsäkringspremie	Omfattas av arbetsolycksfalls- och yrkessjukdomsförsäkringspremie
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

4D Tilläggsuppgifter om återkrav

Återkravsdatum (ddmmåååå)	Ursprunglig löneutbetalningsperiod (ddmmåååå-ddmmåååå)
	—
Förskottsinnehållning (endast nettoåterkrav) euro cent	Källskatt (endast nettoåterkrav) euro cent

5. DATUM OCH UNDERSKRIFT

Uppgifterna ges av företrädaren. <input type="checkbox"/> Om en företrädare lämnar uppgifterna ska du också fylla i punkt 2. Företrädare		
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.

61046

TULOR 6104r 1.2024 (sida 6/6)

