



MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

Dir. Prov. de la Tesorería General de la Seguridad Social de:

Desde  Período  Hasta

Nº Referencia

3400000000000000



MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

**JUSTIFICANTE DE LIQUIDACIÓN**

Asistencia Sanitaria Concertada con la Seguridad Social

**Tc3/4**

030041



TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MM-AA

Código Cuenta Cotización	Nº de Trabajadores	Nº de Pensionistas	Total Cotizantes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empresa .....	<input type="text"/>	X Cuota	<input type="text"/>
		Otros ingresos	<input type="text"/>
		A ingresar sin Recargo	<input type="text"/>
	% <input type="text"/>	(*) Recargo	<input type="text"/>
		A ingresar con Recargo	<input type="text"/>
Sello Fechador de la Oficina Recaudadora			

Estos campos deben ser cumplimentados exclusivamente por Impresora o Máquina de Escribir.

**BOLETÍN DE COTIZACIÓN**

Asistencia Sanitaria Concertada con la Seguridad Social

**Tc3/4**

030041



TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MM-AA

Empresa

Domicilio

Localidad  Cod. Postal  Provincia

Código Cuenta Cotización	Clave IE	Identificador de Empresario	Nº de Expediente	Desde	Período	Hasta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="MMAAAA"/>	<input type="text" value="MMAAAA"/>	<input type="text"/>
Nº de Trabajadores	Nº de Pensionistas	Total Cotizantes	Cuota	Importe		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	= <input type="text"/>	
Sello Fechador de la Administración de T.C.S.S. Firma del Funcionario/a				3400000000000000		
Sello Fechador de la Oficina Recaudadora				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				% (*)	Recargo	Importe
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	A ingresar sin Recargo
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	A ingresar con Recargo

(\*) IMPORTANTE: A cumplimentar cuando el ingreso se realice fuera del plazo reglamentario.

Sello Fechador de la Administración de T.C.S.S. Firma del Funcionario/a

CL C C