

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者

様式コード			
2	2	6	6

健康保険 被保険者賞与支払届
—総括表—

年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄
氏名等

・この届書は、賞与の支給がなかった場合にも提出してください。
(賞与支給予定月に総括表の提出がない場合、後日お知らせが送付されます。)

賞与支払情報	賞与支払予定年月	7. 平成 年 月 9. 令和	
	① 賞与支払年月	7. 平成 年 月 9. 令和	
	② 支給の有無	0. 支給 1. 不支給	※「1.不支給」の場合、以下③～⑥欄への記入は必要ありません。

賞与支払情報内訳	③ 被保険者人数	人	④ 賞与支給人数	人
	⑤ 賞与支給総額			000円
	⑥ 賞与の名称			

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下⑦も記入してください。

変更	⑦ 賞与支払予定月の変更	月 月 月 月	賞与支払予定月変更前	月 月 月 月

受付印