

健康保険 賞与不支給報告書

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	担当者

年 月 日

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

・この報告書は、賞与支払予定月に賞与の支給がなかった場合に提出してください。

賞与支払情報	賞与支払予定年月	9.令和	年	月
	① 賞与支払年月	9.令和	年	月
	② 支給の状況	1.不支給		

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下③も記入してください。

変更	③	月	月	月	月	賞与支払予定月 変更前	月	月	月	月
	賞与支払予定月の 変更									

受付印